

AUS DER KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN
UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES, HOMBURG/SAAR
DIREKTOR: PROF. DR. LUDWIG GORTNER

Evaluation des Sprachscreenings für Dreijährige im Saarland

***Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2016***

Vorgelegt von: Jil Marie-Louise Emilie Schmit
geboren am 29. Mai 1989 in Esch-sur-Alzette (Luxemburg)

Doktorvater / Betreuer: Prof. Dr. Ludwig Gortner

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG	1
2. EINLEITUNG	3
2.1. Sprachscreening.....	3
2.1.1. Hintergrund und verschiedene Studien.....	3
2.1.2. Vorsorgeuntersuchungen: Einführung der U7a.....	5
2.2. Sprachentwicklung	6
2.2.1. Phasen des Spracherwerbs.....	6
2.2.2. Sensible Phase der Sprachentwicklung.....	8
2.2.3. Einflussfaktoren der Sprachentwicklung	8
2.3. Sprachentwicklungsstörungen	10
2.3.1. Einteilung der kindlichen Sprach- und Sprechstörungen nach ICD-10 10	
2.3.2. Primäre vs. sekundäre Sprachentwicklungsstörungen.....	11
2.3.2.1. Sekundäre Sprachentwicklungsstörungen.....	11
2.3.2.2. Primäre Sprachentwicklungsstörungen.....	15
2.3.3. Sprachentwicklungsverzögerung: „late talkers“	17
2.3.4. Dysgrammatismus.....	18
2.3.5. Dyslalie.....	19
2.4. Sprachentwicklung bei mehrsprachigen Kindern	21
2.4.1. Kinder mit Migrationshintergrund – Überblick	21
2.4.2. Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit.....	22
2.4.3. Auffälligkeiten beim Erwerb der Zweitsprache	24
2.4.4. Gefahr der Ausbildung einer „doppelten Halbsprachigkeit“	25
2.5. Prognose von Sprachentwicklungsstörungen	27
3. SPRACHSCREENING FÜR DREIJÄHRIGE IM SAARLAND.....	32
3.1. Ablauf des Sprachscreenings	32

3.2.	Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a	33
3.3.	Sprachbeurteilung durch den Arzt.....	35
3.4.	Arztmeldung Sprachbeurteilung.....	35
4.	FRAGESTELLUNGEN	38
5.	AUSWERTUNG.....	39
5.1.	Teilnahme am Sprachscreening	39
5.2.	Häufigkeit der Sprachstörungen	40
5.2.1.	Überblick	40
5.2.1.1.	Geschlechterunterschiede	41
5.2.1.2.	Auftreten der Kinder	42
5.2.2.	Deutschkenntnisse bei Kindern mit deutscher Muttersprache.....	44
5.2.2.1.	Ärztliche Empfehlungen.....	45
5.2.3.	Häufigkeit von Dyslalie und Dysgrammatismus	46
5.2.3.1.	Ärztliche Empfehlungen.....	47
5.2.4.	Zusammenhang zwischen Deutschkenntnissen und Sprachentwicklungsstörungen	48
5.3.	Risikofaktor Multi- vs. Monolingualität.....	49
5.3.1.	Einfluss von Mehrsprachigkeit auf Deutschfähigkeiten	49
5.3.2.	Einfluss von Mehrsprachigkeit auf die Grammatik und die phonologische Sprache	50
5.4.	Auswirkungen der Sprachfamilienzugehörigkeit der Muttersprache auf die Deutschkenntnisse.....	51
5.5.	Planung zur Aufnahme in einen deutschen Kindergarten	55
6.	DISKUSSION	56
6.1.	Teilnahme am Sprachscreening	56
6.2.	Häufigkeit der Sprachstörungen	57
6.2.1.	Geschlechterunterschiede	58
6.2.2.	Auftreten der Kinder	59
6.3.	Sprachverzögerungen und Sprachstörungen.....	59
6.3.1.	Sprachkenntnisse der deutschen Kinder	60

6.3.2.	Dyslalie und Dysgrammatismus.....	61
6.3.3.	Ärztliche Empfehlungen.....	62
6.4.	Mehrsprachigkeit als Risikofaktor?	64
6.5.	Einfluss der Sprachfamilienzugehörigkeit der Muttersprachen auf die Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit.....	65
7.	KRITIK.....	68
7.1.	Positive Kritik.....	68
7.2.	Negative Kritik	69
8.	AUSBLICK.....	72
9.	LITERATURVERZEICHNIS.....	73
	ANHANG	81
	DANK	109
	LEBENS LAUF	110

1. ZUSAMMENFASSUNG

Evaluation des Sprachscreenings für Dreijährige im Saarland

Obwohl Sprachstörungen zu den häufigsten Entwicklungsstörungen gehören, werden sie häufig erst bei der Schuleingangsuntersuchung – also gegen Ende der für die Sprachentwicklung entscheidenden ersten Lebensjahre – diagnostiziert.

Daher förderte das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes nun über zwei Jahre ein Sprachscreening für Dreijährige, welches die Einschätzung der Spontansprache durch den Arzt mit dem SBE-3-KT (Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a), einem bewährten Kurztest zur Sprachentwicklungsbeurteilung Dreijähriger, kombinierte.

Die Auswertung und Diskussion dieses Sprachscreenings ist Inhalt der vorliegenden Arbeit. So konnte bei der Datenanalyse festgestellt werden, dass die Prävalenz einer Sprachstörung bei insgesamt 32% lag: Bei rund einem Viertel der 10.096 untersuchten Kinder und bei 12% der Kinder mit nur Deutsch als Muttersprache (was auf 75% der Kinder zutraf) dokumentierte man nicht-altersentsprechende Deutschkenntnisse. Eine Dyslalie fand man in 10,7% und ein Dysgrammatismus in 7,5% der Fälle, wobei eine kombinierte Sprach-/Sprechstörung bei 5,2% der Kinder vorlag.

Überdies ergab die Auswertung, dass sich die Mehrsprachigkeit vor allem auf die Deutschkenntnisse und gering auf die Grammatik auswirkte, während die phonologische Sprache nicht beeinflusst wurde. Des Weiteren konnte bei bilingualen Kindern ein Zusammenhang zwischen der Sprachfamilienzugehörigkeit der beiden Muttersprachen und der Sprachentwicklung gefunden werden: je enger die Muttersprachen linguistisch miteinander verwandt waren, umso besser waren die Sprachkenntnisse der Kinder.

Eine definitive Bewertung des durchgeführten Sprachscreenings kann jedoch erst in drei Jahren stattfinden, wenn sich die jetzt Dreijährigen der Schuleingangsuntersuchung unterziehen und sich zeigen wird, ob hier weniger Kinder mit Sprachstörungen erstdiagnostiziert werden.

Evaluation of the language screening for three year old children in Saarland

Language impairments are among to the most common developmental disorders; nevertheless they are often diagnosed only at the school entrance examination – so to say towards the end of first few years after birth which are crucial for the language development.

Therefore, the Ministry of Social Affairs, Health, Women and Family of the Saarland now promoted for a period of two years a speech screening for three year old children, which combined the assessment of spontaneous speech by the physician with the SBE-3-KT (language assessment by parents, short test for the U7a), a proven short test for language development of three year old children.

Present work analyses and discusses this speech screening. The data analysis revealed the prevalence at 32% for language impairments: About a quarter of the 10,096 analyzed children and 12% of children with only German as mother tongue (which covers 75% of screened children) a non-age-appropriate knowledge of German was diagnosed. A dyslalia was found in 10.7% and dysgrammatism in 7.5% of cases, with a combined grammatical and speech disorder in 5.2% of the children.

Moreover, the evaluation showed that the multilingualism affected mainly the German language but less the grammar, while the phonological language was not affected. Furthermore, a correlation was determined between the language family affiliation of the two native languages and language development for bilingual children: the closer the native languages were linguistically related to each other, the better were the language skills of children.

However, a definitive assessment of the implemented speech screening can only take place in three years when the now three year old children will undergo a school entrance examination. At that time it will be determined whether fewer children are first diagnosed with language impairments or not.

2. EINLEITUNG

2.1. Sprachscreening

2.1.1. Hintergrund und verschiedene Studien

Die Sprache ist ein Proprium des Menschen. Zwar spricht die Zoologie den Tieren ebenfalls eine Form der Kommunikation zu, doch ist diese bei weitem nicht so komplex und elaboriert wie die der Menschen. Für letztere ist Sprache Mittel, Gefühle auszudrücken, in einer Gruppe zu kommunizieren und unerlässlich für den Wissenstransfer. Damit nimmt die Sprache eine entscheidende Rolle in der Sozialisation des Menschen ein und ihre Beherrschung ist unabdingbare Voraussetzung zum schulischen und beruflichen Erfolg.¹

Folglich ist es wichtig, Sprachstörungen bei Kindern frühzeitig zu diagnostizieren und zu therapieren, um so deren Auswirkung auf die schulische, soziale und psychologische Entwicklung zu mindern.

Dabei ist trotz der starken Schwankungen der Prävalenzangaben in der Literatur – welche auf unterschiedliche Definitionen der Norm sowie auf verschiedene Herangehensweisen zur Beurteilung der Sprachfähigkeit zurückzuführen sind – feststellbar, dass Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung zu den häufigsten Entwicklungsstörungen im Kindesalter gehören. Hierbei ist in den letzten Jahren eine steigende Inzidenz zu beobachten.²

So wurde beispielsweise im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2004/05 im Saarland bei 2.519 (25,1%) Kindern Störungen der Sprachentwicklung diagnostiziert, wobei 4,5% dieser Kinder sogar mehr als ein sprachliches Defizit aufwiesen. Dabei waren, mit 61%, durchschnittlich mehr Jungen als Mädchen von Sprachstörungen betroffen und bei insgesamt 16,2% der Kinder waren therapeutische Maßnahmen erforderlich. Hier waren auch einige Kinder mit Problemen in mehreren Bereichen der Sprachentwicklung vorhanden, welche bisher

¹ Vgl. H. Skarżyński, A. Piotrowska (2012) Prevention of communication disorders – screening pre-school and school-age children for problems with hearing, vision and speech. European Consensus Statement. Medical Science Monitor. 18(4):17-21.

² Vgl. W. von Suchodoletz (2003) Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Monatsschrift Kinderheilkunde. 151:31-37.

noch keine Therapie erhalten hatten. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass in den letzten neun Jahren vor allem solche Sprachstörungen diagnostiziert wurden, welche bereits durch eine gezielte Förderung und entsprechendes Üben zu Hause hätten gemindert werden können.³ Es sind gerade solche Kinder, die von einem Sprachscreening vor ihrer Einschulung profitieren. Dies umso mehr, da in mehreren Langzeitstudien ersichtlich wurde, dass Kinder mit Sprachproblemen bei der Einschulung häufiger mit Problemen zu kämpfen haben, welche sie auch auf ihrer weiteren schulischen Laufbahn begleiten.⁴ Im Gegensatz dazu scheinen Kinder, deren Sprachstörung frühzeitig – also vor der Einschulung erkannt und erfolgreich therapiert wurde – weitestgehend die gleichen Chancen wie ihre Mitschüler ohne Sprachstörungen zu haben.⁵

Dabei ist jedoch zu beachten, dass vor allem bis zum dritten Lebensjahr eine große Variabilität der Sprach- und Sprechentwicklung unter den Kindern feststellbar ist. Dennoch ist es wichtig, vor allem jene Kinder, die nicht nur unter einer Sprachentwicklungsverzögerung leiden, sondern auch das Risiko einer Sprachentwicklungsstörung aufweisen, durch gezieltes Sprachscreening zu identifizieren.⁶

So können Sprechstörungen wie die Dyslalie im Alter von drei Jahren noch als physiologisch angesehen werden und sind bei Neunjährigen nur noch bei etwa 1% vorzufinden. Trotzdem sollte das Vorliegen einer Dyslalie nicht unterschätzt werden, denn auch ohne begleitenden Dysgrammatismus oder reduzierten Wortschatz kann Stammeln das Symptom einer Sprachentwicklungsverzögerung sein. So kann eine Dyslalie auch nach Besserung der allgemeinen Sprachentwicklung weiterhin bestehen bleiben, wobei allerdings die Chancen auf Besserung bei längerem Bestehen immer unwahrscheinlicher werden.⁷

³ Vgl. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (2005) Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Einschulkindern im Saarland. Auflage: 1.000.

⁴ Vgl. J. Law, J. Boyle, F. Harris, A. Harkness, C. Nye (1998) Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature. Health Technology Assessment. 2(9).

⁵ Vgl. M.J. Snowling, J.W. Adams, D.V.M. Bishop et al (2001) Educational attainments of school leavers with a preschool history of speech-language impairments. International Journal of Language and Communication Disorders. 36:173-183. & W. von Suchodoletz (ed) (2012) Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen, Der SBE-2-KT und SBE-3-KT für zwei- bzw. dreijährige Kinder. W. Kohlhammer, Stuttgart. p.27.

⁶ Vgl. G. Wirth (eds) (2000) Sprachstörungen, Sprechstörungen, Kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen. 5th ed. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. p.162ff.

⁷ Vgl. L. Gortner, S Meyer, F C Sitzmann (eds) (2004) Duale Reihe Pädiatrie. 4th ed. Thieme, Stuttgart. p.39 & Vgl. G. Wirth (2000) p.307.

Da die Wahrscheinlichkeit eine Entwicklungsstörung rechtzeitig zu diagnostizieren laut W. von Suchodoletz in erster Linie von der sozialen Herkunft der Kinder beeinflusst wird, ist die Integration des Sprachscreenings in die Vorsorgeuntersuchungen sinnvoll. Diese werden nämlich, vor allem in den ersten Lebensjahren, von weit mehr als 90% aller Kinder in Anspruch genommen. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass auch Kinder aus sozial benachteiligten Familien eine erhöhte Chance auf frühzeitiges Entdecken einer eventuellen Sprachstörung haben und damit auch ihre Prognose deutlich verbessert wird.⁸

2.1.2. Vorsorgeuntersuchungen: Einführung der U7a

Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter sind sehr wichtig. So sollen diese nicht nur helfen, Krankheiten vorzubeugen, sondern auch die sekundäre und tertiäre Prävention abdecken, indem sie es ermöglichen, Krankheiten oder Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen und etwaigen Folgen vorzubeugen.⁹

Nun ist der Zeitrahmen zwischen den Kindervorsorgeuntersuchungen U7 (kurz vor dem 2ten Geburtstag) und U8 (mit ungefähr vier Jahren) jedoch relativ groß. Um in dieser Zeit keine Entwicklungsauffälligkeiten zu übersehen, wurde die U7a für Dreijährige nachträglich eingeführt.¹⁰

In mehreren pädagogisch-psychologischen Studien konnte dargestellt werden, dass die ersten fünf Lebensjahre, und hier insbesondere die Zeit zwischen dem zweiten und vierten Lebensalter, als die sensibelste Phase der Sprachentwicklung angesehen werden können. In dieser Zeit lernt das Kind, Symbole zu verstehen und bekommt somit einen neuen Bezug zur Sprache. Zudem entwickelt sich in dieser Zeit die Grammatik: das Kind spricht nun Sätze aus mehreren Wörtern und der

⁸ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen, Der SBE-2-KT und SBE-3-KT für zwei- bzw. dreijährige Kinder. W. Kohlhammer, Stuttgart. p.27f & p.47.

⁹ Vgl. L. Gortner, S. Meyer, F.C. Sitzmann (2004). p.42ff.

¹⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschluss (2008) Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschlusses zum Beschluss über eine Änderung der Kinder-Richtlinien. Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a. Sieburg. & H. Grimm (eds) (2003) Störungen der Sprachentwicklung. 2nd ed. Hogrefe, Göttingen.

Wortschatz vergrößert sich zusehends. Entwickelt das Kind in dieser Zeit seine Sprache nicht altersgerecht, ist folglich mit größeren Defiziten zu rechnen.¹¹

Daher wird bei der U7a u.a. die aktive Sprache der Kinder beurteilt. Weiterhin werden das Hörvermögen und die Sehfähigkeit untersucht, wobei sich Störungen eines dieser Sinnesorgane wiederum auf die Sprachentwicklung der Kinder auswirken können. Auch in den vorangehenden Vorsorgeuntersuchungen wurde die Sprachentwicklung schon beurteilt, wobei es bei jüngeren Kindern schwieriger sein kann, sich ein konkretes Bild ihrer Sprachfähigkeit zu machen. Dies liegt vor allem daran, dass bei Kindern unter zwei Jahren die Unterschiede der Sprachentwicklung oft noch bedeutend sind und in nur wenigen Wochen stark variieren können.¹²

Dass nun ein Sprachscreening im dritten Lebensjahr des Kindes so wichtig ist, erklärt sich wie folgt: Kinder, die im Alter von zwei Jahren als sprachentwicklungsverzögert diagnostiziert werden, werden als „late talkers“ bezeichnet. Doch bis zum dritten Lebensjahr nehmen bis zu 50% dieser Kinder ihren Rückstand in der Sprachentwicklung wieder ein. Sie gelten somit als „late bloomers“ und stellen eine Normvariante des Spracherwerbs dar. Die andere Hälfte der Kinder jedoch, also jene die es nicht schaffen bis zum dritten Lebensjahr ihren Rückstand aufzuholen, sind hoch gefährdet eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung zu entwickeln.¹³

2.2. Sprachentwicklung

2.2.1. Phasen des Spracherwerbs¹⁴

a. Schreien (erste 5 Monate)

- Schreien als Instinkt, zum Ausdruck der eigenen Bedürfnisse

¹¹ Vgl. W. Butzkamm, J. Butzkamm (eds) (2008) Wie Kinder sprechen lernen, Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen. 3rd. ed. Francke, Tübingen. p.313ff. & Vgl. H. Grimm (eds) (2003) (a) p.46f.

¹² Vgl. L. Gortner, S. Meyer, F.C. Sitzmann (2004) p.51.

¹³ Vgl. H. Grimm (eds) (2003) (a) p.128ff. & W. von Suchodoletz (2012) p.15ff.

¹⁴ Vgl. R. Militzer (ed) (2013) Wie Kinder lernen, Praxisleitfaden zur Persönlichkeitsentwicklung in der frühen Kindheit; Band 4 - Bildungsbereich Sprachentwicklung. Carl Link, Köln p.11ff. & Vgl. H. Grimm (2003) p.43f.

- von Geburt an: Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen sprachlichen und nicht-sprachlichen Lauten mit Bevorzugung der sprachlichen Laute¹⁵
 - erste Reaktionen auf die Umwelt und Differenzierung der Laute je nach Bedürfnis (verschiedene „Schreimuster“ bei Bauchschmerzen, Hunger, Müdigkeit); Lächeln als erste Form der sozialen Kommunikation
 - später: Lachen, Gurren und Nachahmen einfacher Laute
- b. Lallen (5. – 9. Monat)
- Nachahmung, Bildung und Wiederholung von Lautketten ähnlich der Muttersprache
 - Experimentieren mit Lautstärke und Tonhöhe
 - Verstehen der ersten Wörter
- c. Ein-Wort-Phase (Beginn 9. – 12. Monat)
- Äußerung erster Protowörter welche oft aus Wiederholungen bestehen (z.B. „wa-wa“ oder „ma-ma“) sowie erster kurzer konkreter Wörter des täglichen Gebrauchs
 - Verstehen zwischen 20 und 60 Wörtern
 - gezielteres Verbalisieren von Situationen, Befinden oder Objekten
- d. Zwei-Wort-Sätze (Beginn 18. – 24. Monat)
- große Zunahme des Wortschatzes, unter anderem durch Begreifen der Objektpermanenz mit 18 Monaten¹⁶ → mit 24 Monaten: 250-550 Wörter
 - Aneinanderreihen von Wörtern mit Produktion erster einfacher 2-Wort-Sätze mit Gebrauch von Nomen, Adjektiven und Verben, wobei das Verb meist am Ende des Wortes und im Infinitiv steht
 - Verstehen längerer und zusammengesetzter Sätze
- e. Erste Sätze und Einstieg in die Grammatik (24. – 36. Monat)
- erste Sätze mit mehr als 2 Wörtern und anfangende Grammatik

¹⁵ Vgl. G. Szagun (ed) (2006) Sprachentwicklung beim Kind: ein Lehrbuch. Beltz, Weinheim. p.35.

¹⁶ Vgl. C. Villegas de Posada (1981) Frühkindliche Kommunikation, kognitive Voraussetzungen der Sprachentwicklung. Studienverlag Dr. N. Brockmeyer, Bochum. p.68f.

- Sprache anfangs oft noch schwer außerhalb des Kontextes zu verstehen, dann vermehrtes Benutzen von Verbindungswörtern und Bildung erster Nebensätze
- große Zunahme des Wortschatzes: aktives Sprechen von bis zu 1000 Wörtern
- Verstehen komplexer Sätze und Fragestellungen

2.2.2. Sensible Phase der Sprachentwicklung

Die ersten fünf Lebensjahre können laut H. Grimm als die sensible Phase der Sprachentwicklung angesehen werden. Nur in dieser Zeit befindet sich das hierfür vorgesehene Hirnareal im Entwicklungsfokus, was eine normale Entwicklung der sprachlichen Kompetenz ermöglicht.¹⁷

W. und J. Butzkamm beschreiben ihrerseits die Zeitspanne zwischen dem zweiten und vierten Lebensalter als die sensibelste Phase der Sprachentwicklung, da es einerseits in diesen Jahren zu bedeutenden Fortschritten in der Intelligenzentwicklung kommt und andererseits die Sprachentwicklung mit dem Entfalten der Grammatik große Fortschritte macht: „Frühe Spracherfahrungen verstärken die von ihnen erregten Nervenbahnen, schreiben sich in unser Gehirn ein, bewirken dort Veränderungen“.¹⁸

2.2.3. Einflussfaktoren der Sprachentwicklung

Wie genau die Sprachentwicklung vonstattengeht ist bislang nicht abschließend geklärt und wird kontrovers diskutiert. Wahrscheinlich handelt es sich hierbei aber um ein Zusammenspiel der vier großen Faktoren: Genetik und Kognition, unterstützt von der sozialen Umwelt des Kindes sowie der Mutter-Kind-Interaktion.

Für den erblichen Faktor spricht, dass Kinder aller Kulturen, und unabhängig von der gesprochenen Sprache, die bedeutsamsten Meilensteine der Sprachentwicklung im Großen und Ganzen zum selben Zeitpunkt entwickeln. Diese Unterschiede scheinen auch unabhängig davon zu sein, ob die Kinder viel oder wenig Anregung zum Sprechen bekommen.¹⁹

¹⁷ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.46.

¹⁸ W. Butzkamm, J. Butzkamm (2008) p.313. & Vgl. ebd. p.313f.

¹⁹ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.13.

Dass die erbliche Komponente jedoch nicht allein für die Sprachentwicklung verantwortlich sein kann, zeigt sich unter anderem an Kindern, die in völliger Deprivation von Sprache leben und dieser später nicht mächtig sind. Darüber hinaus konnte bis heute keine Universalgrammatik ausgemacht werden, von der aus sich alle anderen Sprachen entwickelt haben könnten.²⁰

Auf die Rolle der sozialen Umwelt des Kindes bei der Sprachentwicklung weist das menschliche Grundbedürfnis der Gruppenzugehörigkeit hin. So versuchen Kinder, die ihre Umwelt sprechen hören, diese nachzuahmen. Anfangs erfolgt dies durch Imitierung von Lauten, welche durch positive Verstärkung der Bezugspersonen belohnt werden. Dabei konnte jedoch festgestellt werden, dass Kinder die Sprache ihrer Eltern auf keinen Fall bloß imitieren. Sie sprechen nach eigenen Regeln bis sich langsam die elaborierte Sprache der Erwachsenen ausbildet. Ein weiteres Argument gegen die These der bloßen Nachahmung der elterlichen Sprache besteht darin, dass Eltern nicht den Satzbau der Kinder loben, sondern viel eher den Inhalt, sodass man nicht von einer klassischen Konditionierung hinsichtlich des Satzaufbaus ausgehen kann.²¹

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Sprachentwicklung ist die Mutter-Kind-Interaktion. So konnte für alle Sprachen herausgefunden werden, dass sich die Sprache der Eltern mit dem Heranwachsen des Kindes verändert und dies auch tatsächlich positiven Einfluss auf die Kinder zu haben scheint. Ist die Sprache der Eltern bei Säuglingen noch stark vereinfacht, melodisch, meist eine Oktave höher und überbetont, mit längeren Pausen und klarer Segmentation,²² so entwickelt sich bis zum zweiten Lebensjahr eine sogenannte „stützende Sprache“²³. Diese fördert den Wortschatz des Kindes und ermöglicht den Einstieg in den Dialog. Anschließend verwenden Mütter die „lehrende Sprache“²⁴, um so den Kindern die Grammatik zu vermitteln, bevor sie schließlich in die Sprache der Erwachsenen übergehen.²⁵ Der „Interaktionismus“²⁶ geht demzufolge von der Annahme aus, dass das Kind die Sprache lernt, indem sie dem Kind wiederholt angeboten wird und dabei immer dem derzeitigen Entwicklungsstand des Kindes angepasst ist.²⁷

²⁰ Vgl. ebd. p.13.

²¹ Vgl. G. Wirth (2000) p.118.

²² Vgl. G. Szagun (2006) p.35.

²³ H. Grimm (2003) (a) p.52.

²⁴ ebd. p.52.

²⁵ Vgl. ebd. p.52ff.

²⁶ G. Wirth (2000) p.125.

²⁷ Vgl. ebd. p.125.

Als Letztes sollte noch der kognitive Faktor berücksichtigt werden, welcher eine entscheidende Rolle spielt, um die komplexe Struktur der Sprache zu erlernen. So ist vor der sprachlichen Entwicklung eine gewisse kognitive Entwicklung vorausgesetzt. Diese ist bei Beginn des Sprechenslernens jedoch längst nicht abgeschlossen. Vielmehr beeinflussen sich die Entwicklung der Sprache und der Kognition gegenseitig. Mit der kognitiven Entwicklung kommt es zum Verstehen und der aktiven Produktion einer immer elaborierteren Sprache. Diese ermöglicht eine komplexere Kommunikation und Interaktion mit der Umwelt, was sich wiederum positiv auf die Entfaltung der Kognition auswirkt.²⁸

2.3. Sprachentwicklungsstörungen

2.3.1. Einteilung der kindlichen Sprach- und Sprechstörungen nach ICD-10²⁹

- F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

F80.0 Artikulationsstörung

- z.B. Dyslalie
- expressive Sprache und Sprachverständnis im Normbereich

F80.1 Expressive Sprachstörung

- expressive Sprache deutlich unterhalb des Durchschnitts Gleichaltriger
- Sprachverständnis jedoch im Normbereich
- Störungen der Artikulation möglich

F80.2 Rezessive Sprachstörung

- Sprachverständnis deutlich unterhalb des Durchschnitts Gleichaltriger
- expressive Sprache in fast allen Fällen deutlich beeinflusst
- Störungen in der Wort-Laut-Produktion häufig

F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]

²⁸ Vgl. C. Villegas de Posada (1981) p.16

²⁹ <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f80-f89.htm>

F80.8 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache

F80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet

- F94.0 Elektiver Mutismus

2.3.2. Primäre vs. sekundäre Sprachentwicklungsstörungen³⁰

2.3.2.1. Sekundäre Sprachentwicklungsstörungen

Unter dem Begriff sekundäre Sprachentwicklungsstörung versteht man eine gestörte Entwicklung der kindlichen Sprache, der eine andere körperliche oder mentale Behinderung vorausgeht. Die Sprachstörung ist hier also nur ein Symptom einer anderen, übergreifenden Störung.³¹ Auf die wichtigsten Ursachen sekundärer Sprachentwicklungsstörungen soll im Folgenden eingegangen werden:

- Frühgeburtlichkeit

In mehreren Studien konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Frühgeburtlichkeit sowie perinatalen Komplikationen und der Entwicklung von Sprach- und Sprechstörungen festgestellt werden. So verglichen K. Stamm et al. sprachauffällige und sprachunauffälligen Zwillingspaare miteinander. Dabei stellten sie fest, dass es sich bei den sprachauffälligen Kindern signifikant häufiger um Frühgeburten handelte und bei deren Geburten öfters Komplikationen aufgetreten waren, als dies bei Kindern mit normaler Sprachentwicklung der Fall war. Gleichzeitig fand man jedoch kaum Zusammenhänge zwischen Frühgeburtlichkeit und der nicht-sprachlichen Entwicklung sowie der Kognition der Kinder.³²

- sensorische Störungen

- Hörstörung

Wie bereits erwähnt, sind wichtige Aspekte des Spracherwerbs einerseits die Interaktion der Bezugspersonen mit dem Kind und andererseits die Nachahmung

³⁰ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.72ff.

³¹ Vgl. ebd. p.72ff.

³² Vgl. K. Stamm, H. Schöler, M. Weuffen (2002) Zur Bedeutung perinataler Komplikationen bei Sprach- und Sprechstörungen, Eine Untersuchung an sprachauffälligen und sprachunauffälligen Zwillingen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 34:11-20.

des Gehörten durch das Kind.³³ Schwerhörigkeit oder gar Taubheit, welche nicht rechtzeitig erkannt werden, können folglich zu gravierenden Folgen für die Sprachentwicklung führen. So erklärt P. Herkenrath den Zusammenhang zwischen Hörstörungen und verzögerter Sprachentwicklung damit, dass eine „sensorische Deprivation [...] zu einer Reifestörung und Atrophie nachgeschalteter Bahnen bis in den Cortex hinein“³⁴ führt. Dies konnte insbesondere bei schwerhörigen Kindern in den ersten Lebensjahren nachgewiesen werden und betraf sowohl die sensorischen als auch die motorischen Sprachregionen.³⁵

Wo angeborene, schwere Hörstörungen heutzutage durch die verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen immer häufiger frühzeitig erkannt und rechtzeitig Maßnahmen ergriffen werden können, stellt die Identifikation leichter und erworbener Hörstörungen jedoch weiterhin ein Problem dar. So kann beispielsweise in den ersten vier Lebensjahren eine bilaterale Otitis media, welche sich über mehrere Monate erstreckt, zu einer signifikanten Verzögerung der Sprachentwicklung führen.³⁶ Dies bestätigt auch eine Studie von R. Schönweiler: Bei 48% von 1305 Kindern mit gestörter Sprachentwicklung konnten bis zum vierten Lebensjahr Hörstörungen nachgewiesen werden, wobei mit 95% als häufigste Ursache eine Tubenbelüftungsstörung identifiziert wurde.³⁷

- Sehbehinderung

Die Sprache blinder Kinder entwickelt sich in etwa wie die der sehenden³⁸, benötigt aber circa 8 Monate länger. Ursache hierfür ist zum einen, dass sie die Mimik und Gebärden des Sprechers sowie die feinen unterschiedlichen Mundbewegungen beim Aussprechen der einzelnen Laute nicht sehen und diese somit auch nicht verinnerlichen und nachahmen können. Dies führt unter anderem dazu, dass sie oft ähnlich klingende Buchstaben wie beispielsweise ‚m‘ und ‚n‘ miteinander

³³ Vgl. G. Wirth (2000) p.118.

³⁴ P. Herkenrath (1998) Hörstörungen und verzögerte Entwicklung. p.44. In: J.W. Dudenhausen, L. Gortner (ed) (1998) Hören und Entwicklung: Risikoerkennung beim Neugeborenen. Ein Leitfaden der Stiftung für das behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung. Die Medizinische Verlagsgesellschaft Umwelt und Medizin mbh., Frankfurt. pp.44-49.

³⁵ Vgl. ebd. p.44.

³⁶ Vgl. A. Berghaus, G. Rettinger, G. Böhme(eds) (1996) Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Duale Reihe. 1st. ed. Thieme, Stuttgart. p. 662.

³⁷ Vgl. R. Schönweiler (1994) Synoptische Betrachtung der Ergebnisse an 1300 sprachentwicklungsverzögerten Kindern aus ätiopathogenetischer, audiologischer und sprachpathologischer Sicht. Folia Phoniatica et Logopaedica 46(1):18-26.

³⁸ Vgl. P. Schulz Störungen der kindlichen Sprachentwicklung; 6. Sitzung am 21.5.2012 Spezifische Sprachentwicklungsstörung.

verwechseln.³⁹ Gleichzeitig benötigen sehbehinderte Kinder eine viel intensivere Interaktion mit ihrer Umwelt und eine engere emotionale Beziehung zur Mutter, um Zugang zu ihrer Umwelt zu bekommen.⁴⁰ Des Weiteren gestaltet sich der Gebrauch von Personalpronomen sowie ortbezogenen Präpositionen (auf, um) und Begriffen (hier, dort) oftmals schwieriger, während die Art der produzierten Wörter nicht abweicht.⁴¹

- Erkrankungen oder Traumata des ZNS

Neurologische Schäden gehören zu den selteneren Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen. Trotzdem sind diese nicht unerheblich und sollten bei kindlichen Sprachstörungen mit abgeklärt werden. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass nur leicht ausgeprägte Hirnschädigungen oft erst später in der Entwicklung der Kinder auffallen. Am häufigsten werden Sprachentwicklungsstörungen durch Schädelhirntraumata, seltener – dann aber oft mit schlechterer Prognose – auch durch Meningitis oder Enzephalitis erworben. Als weitere Ursachen kommen peri- und pränatale Schädigungen, wie z.B. durch Diabetes mellitus, Medikamente oder auch Virusinfektionen, in Betracht.⁴²

- angeborene mentale Retardierung

Dass basale kognitive Kompetenzen unabdingbar sind, um Sprache zu erlernen, wurde bereits erläutert. So kann man dies beispielsweise an Kindern mit dem Down-Syndrom beobachten. Denn gleich wie viel Förderung und Anregung zum Sprechen die Betroffenen erhalten, werden sie nie das Niveau Gleichaltriger mit normaler Intelligenz erreichen können. Trotzdem sind auch hier große Unterschiede zu erkennen, sowohl die quantitative als auch die qualitative Sprachfähigkeiten betreffend.⁴³

Ein interessantes Gegenbeispiel zeigt sich hingegen an Kindern mit dem Williams-Beuren-Syndrom. Obwohl letztere häufig einen weit unterdurchschnittlichen Intelligenzquotienten haben, kann beobachtet werden, dass sie sowohl eine gute aktive Sprachfähigkeit entwickeln als auch ein Sprachverständnis besitzen, das nicht deutlich von dem gesunder gleichaltriger Kinder abfällt. Diese Beobachtung ist jedoch bisher einzigartig und Mittelpunkt weiterer Forschungen.⁴⁴

³⁹ Vgl. G. Wirth (2000) p.174f.

⁴⁰ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.80f.

⁴¹ Vgl. P. Schulz.

⁴² Vgl. G. Wirth (2000) p.179f. & Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.81f.

⁴³ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.83-90.

⁴⁴ Vgl. ebd. p.90-95.

- frühkindlicher Autismus

Autismus manifestiert sich meist um das zweite Lebensjahr, wird aber häufig erst im dritten Lebensjahr diagnostiziert, wenn die Kinder eine stereotypische wiederholende Verhaltensweise an den Tag legen. Schätzungen zufolge entwickeln etwa 10% der autistischen Kinder nie eine angemessene Sprachproduktion und auch kein adäquates Sprachverständnis.⁴⁵ H. Grimm geht sogar noch weiter und nimmt an, dass nur die Hälfte der betroffenen Kinder überhaupt eine Sprache entwickelt, wobei diese sich verzögert und gestört darstellt.⁴⁶ Neben der mangelnden Interaktion und Reaktion auf ihre soziale Umwelt konnten J. A. Guiraud et al. eine weitere Ursache hierfür identifizieren. Dabei wurden 49 Kinder mit neun Monaten auf ihre audiovisuelle Deutung von Gesichtern hin untersucht, worunter 31 Kinder ein hohes und 18 ein niedriges Risiko für Autismus hatten. Den Kindern wurden zwei gleiche Gesichter gezeigt, welche die Laute /ga/ oder /ba/ formten. Gleichzeitig wurden ihnen einmal der dazu passende Laut und einmal der andere, zwar ähnliche, aber nicht zum Gesicht passende Laut eingespielt. Dabei stellte man fest, dass die Kinder mit niedrigerem Risiko für Autismus länger auf jene Gesichter schauten, welche nicht mit dem zugehörigen Laut kombiniert waren. Bei Kindern mit hohem Risiko konnte hingegen diesbezüglich kein Unterschied beobachtet werden. Daraus schloss man, dass bei autistischen Kindern die audiovisuelle Sprachinformation vermindert ist.⁴⁷

- psychogene Ursachen

Beim Mutismus handelt es sich weniger um eine Störung der Sprachentwicklung als vielmehr um ein freiwilliges Verstummen entweder komplett oder nur in bestimmten – meist ungewohnten – Situationen, bei ansonsten normaler Sprachfähigkeit. Hierbei handelt es sich um eine seltene multidimensionale kindliche Störung, die vor allem emotional sehr sensible Kinder im Vorschulalter betrifft.⁴⁸

Davon abzugrenzen ist die kindliche Schizophrenie. Hierbei kommt es meist im dritten oder vierten Lebensjahr zu einem Knick in der Sprachentwicklung. In einigen Fällen hören die Kinder ganz auf zu sprechen (Aphasie) oder sie entwickeln einen

⁴⁵ Vgl. J. A. Guiraud, P. Tomalski, E. Kushnerenko, H. Ribeiro, K. Davies, T. Charman, M.H. (2012) Atypical Audiovisual Speech Integration in Infants at Risk for Autism. Plos One.

⁴⁶ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.100.

⁴⁷ Vgl. J. A. Guiraud et al. (2012).

⁴⁸ Vgl. P. Wrong (2010) Selective Mutism. A Review of Etiology, Comorbidities and Treatment. Psychiatry (Edgmont) 7(3):23–31.

Rededrang mit Bildung bizarren Wortneubildungen und Verlust der Stimmmodulation.⁴⁹

2.3.2.2. Primäre Sprachentwicklungsstörungen

Im Gegensatz zu den sekundären geht den primären Sprachentwicklungsstörungen keine organopathologische Grunderkrankung voraus. Dass die kognitiven Fähigkeiten nicht immer mit der Sprachentwicklung übereinstimmen, wurde bereits anhand der William-Beuren-Kindern erwähnt, welche trotz niedrigem Intelligenzquotienten eine gute Sprachfähigkeit aufweisen.⁵⁰ Im Gegenzug dazu gibt es auch Kinder, die ohne erkennbare Ursache und bei normaler Intelligenz trotzdem eine Störung der Sprachentwicklung aufweisen. Charakteristisch für dieses Störungsbild ist ein verspäteter, langsamer Sprachbeginn mit frühzeitiger Abflachung der Sprachentwicklung und formalen sprachlichen Defiziten. Das Sprachverständnis ist hingegen meist in geringerem Maße betroffen.⁵¹

Hierfür kommen verschiedene nicht-organopathologische Ursachen in Betracht:

- familiäre Sprachentwicklungsstörung

In einigen Familien kann man eine allgemeine Sprachentwicklungsstörung feststellen, welche unter der eigentlichen Intelligenz liegt und nicht auf andere körperliche Befunde zurückgeführt werden kann. Ob es sich um eine genetische Ursache handelt oder um eine Häufung mehrerer für die Sprachentwicklung ungünstiger Faktoren ist noch umstritten. Charakteristisch ist jedoch, dass Jungen hiervon doppelt so häufig betroffen sind als Mädchen und sich die Verzögerung der Sprachentwicklung häufig bis ins dritte oder vierte Lebensjahr hinzieht. Weiterhin bestehen häufig ein Dysgrammatismus sowie über das physiologische Alter hinaus fortbestehende Sprechstörungen wie Stammeln oder Poltern. Bei betroffenen Erwachsenen kann man – oft erst bei näherer Betrachtung – eine undifferenzierte Sprache sowie einen unterdurchschnittlichen Wortschatz ausmachen. Die Sprache bleibt meist abgehakt, oftmals einhergehend mit erschwerter Wortwahl und leichtem Dysgrammatismus.⁵² Durch rechtzeitige und konsequente Sprachförderung und logopädische Therapie bereits im Kindesalter kann jedoch oftmals eine Besserung der Sprachfähigkeit erreicht werden.⁵³

⁴⁹ Vgl. G. Wirth (2000) p.172.

⁵⁰ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.83-95.

⁵¹ Vgl. ebd. p.122.

⁵² Vgl. G. Wirth (2000) p.174.

⁵³ Vgl. A. Berghaus, G. Rettinger, G. Böhme (1996) p.662.

- soziale Faktoren

Wie weiter oben bereits erwähnt, sind die Interaktionen der Umwelt und vor allem der Bezugspersonen mit den Kindern von großer Bedeutung für den Spracherwerb. Kommt es also zu einer mangelnden sprachlichen Anregung durch die Eltern kann sich die Sprache nicht normgerecht entwickeln. Wichtig ist hierbei auch zu beachten, dass nur die direkte Kommunikation eines Erwachsenen mit dem Kind dessen Spracherwerb fördern kann. Kinder mit mehreren Geschwistern, insbesondere aber Zwillinge, haben hier einen entscheidenden Nachteil. Sie orientieren sich lange gegenseitig aneinander und kommunizieren in ihrer eigenen Babysprache untereinander.⁵⁴

Aber auch Überbehütung durch die Eltern kann die Sprachentwicklung erschweren, da diese Kinder oft schüchtern und ängstlich sind sowie soziale Kontakte meiden, welche jedoch unerlässlich für die Prägung und Differenzierung der Sprache sind.⁵⁵ Weiterhin konnte festgestellt werden, dass vor allem Kinder aus Migrationsfamilien und sozial benachteiligten Schichten, die an einer Sprachstörung leiden, seltener als sprachauffällig erkannt werden. Demgegenüber ist die Wahrscheinlichkeit einer rechtzeitigen Erfassung und Behandlung von Sprachstörungen bei Kindern aus höheren sozialen Schichten deutlich größer.⁵⁶

- Mehrsprachigkeit

Im Jahr 2001 verließen in Nordrhein-Westfalen fast 46% der ausländischen Schüler die Berufsschule ohne Abschluss. Ähnliche Zahlen konnten auch bundesweit beobachtet werden.⁵⁷ Hierfür kommen mehrere Erklärungen in Frage, jedoch scheint der Mehrsprachigkeit eine nicht zu vernachlässigende Rolle zuzukommen. Denn obwohl intelligente Kinder zwei oder mehrere Sprachen gleichzeitig lernen können, kann dies laut G. Wirth bei anfälligen Kindern zu einer Sprachstörung in Form einer „doppelten Halbsprachigkeit“ führen. Dies bedeutet ein Durchmischen der beiden Sprachen, was zu einem geringen aktiven und passiven Wortschatz, Dysgrammatismus und Dyslalien in beiden Sprachen führen kann. Diese Kinder beherrschen demzufolge weder ihre Muttersprache noch die Zweitsprache richtig.⁵⁸ Dieses Phänomen ist allerdings umstritten und soll später weiter erläutert werden.

⁵⁴ Vgl. G. Wirth (2000) p.167.

⁵⁵ Vgl. ebd. p.167.

⁵⁶ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.27.

⁵⁷ Vgl. U. Klevenow (2003) Die Bedeutung der Sprachentwicklung für die Schullaufbahn von Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund. Das Gesundheitswesen 65:683-687.

⁵⁸ Vgl. G. Wirth (2000) p.168f.

2.3.3. Sprachentwicklungsverzögerung: „late talkers“

Da bis zum vollendeten dritten Lebensjahr große Unterschiede in der Sprachentwicklung der Kinder zu beobachten sind, benutzen mehrere Autoren vor diesem Zeitpunkt den Begriff der Sprachentwicklungsverzögerung und bezeichnen die betroffenen Kinder als „late talkers“. Diese Sprachentwicklungsverzögerung umfasst sowohl zeitliche als auch strukturelle Abweichungen des physiologischen Spracherwerbs vor dem dritten Lebensjahr, welche nicht auf eine organopathologische Behinderung zurückgeführt werden können.⁵⁹

Diese Kinder werden zumeist mit 24 Monaten im Rahmen der U7 erkannt und bedürfen weiterer Beobachtung sowie gegebenenfalls einer Frühförderung, um ein Nicht-Aufholen ihrer Sprachdefizite frühzeitig zu erkennen und zu beheben.

Die meisten Kinder sprechen im Alter von zwei Jahren circa 250 bis 550 Wörter und beherrschen erste Wortkombinationen.⁶⁰ Dies wurde auch in einigen englischsprachigen Arbeiten bestätigt, wo man festgestellt hat, dass im Alter von 24 Monaten etwa 90% der Kinder mindestens 40-50 Wörter sprechen und ungefähr 85% sich bereits Mehrwortäußerungen bedienen.⁶¹ Als „late talkers“ kann man demzufolge Kinder bezeichnen, welche zu diesem Zeitpunkt noch keine 50 Wörter sprechen und keine Zweiwortsätze benutzen. H. Grimm konnte die Prävalenz der „late talkers“ von 14-19% unter den Zweijährigen in mehreren Untersuchungen bestätigen.⁶²

Obwohl P.S. Dale und J.L. Patterson bei diesen Kindern ein zwei- bis fünfmal höheres Risiko für ein Persistieren der Sprachstörung bis in die späte Vorschule angeben,⁶³ können laut H. Grimm bis zu 50% der „late talkers“ ihren Rückstand bis zum dritten Lebensjahr wettmachen.⁶⁴ Bei diesen Kindern handelt es sich also lediglich um eine Normvariante. Sie werden dann als „late bloomers“ oder

⁵⁹ Vgl. ebd. p.162f.

⁶⁰ Vgl. R. Militzer (ed) (2013) Wie Kinder lernen, Praxisleitfaden zur Persönlichkeitsentwicklung in der frühen Kindheit; Band 4 - Bildungsbereich Sprachentwicklung; Carl Link Verlag; 1.Auflage 2013. p.11ff.

⁶¹ Vgl. P.S. Dale, J.L. Patterson (2009) Early Identification of Language Delay. Department of Speech & Hearing Sciences, University of New Mexico, USA. Encyclopedia on early childhood development.

⁶² Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.128f.

⁶³ Vgl. P.S. Dale, J.L. Patterson (2009).

⁶⁴ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.128f.

Spätentwickler bezeichnet.⁶⁵ Schlussendlich kann man davon ausgehen, dass noch ungefähr 6-10% der Dreijährigen an einer Sprachentwicklungsverzögerung leiden, was demzufolge eine häufige und nicht zu vernachlässigende Pathologie darstellt. Die Diagnose der spezifischen Sprachentwicklungsstörung kann man jedoch erst im Alter von vier oder fünf Jahren sicher stellen, da viele der mit drei Jahren noch sprachentwicklungsverzögerten Kinder ihre Schwäche bis zum Vorschulalter ablegen können. Die schlechteste Prognose haben jene Kinder, welche einen Intelligenzquotienten im unteren Bereich der Norm haben, sowie solche, die neben Problemen mit der expressiven Sprache auch Defizite hinsichtlich der rezessiven Sprachentwicklung aufweisen.⁶⁶

Dass man im Alter von zwei Jahren noch nicht mit Sicherheit sagen kann, ob das Kind eine Sprachstörung beibehalten wird oder zu den „late bloomers“ gehört, bedeutet jedoch nicht, dass immer ein Jahr abgewartet werden sollte, in dem das Kind keine Förderung erhält. Dies birgt nämlich die Gefahr, dass es zu einer sogenannten „Plateaubildung“ in der Sprachentwicklung kommt und sich der Abstand zu den Kindern mit regelrechter Sprachentwicklung noch weiter vergrößert bis der Rückstand nur noch schwer aufzuholen ist und entsprechende Langzeitfolgen drohen.⁶⁷

2.3.4. Dysgrammatismus

Dysgrammatismus ist definiert als „eine grammatische bzw. morphologische [...] und syntaktische Störung des Sprechens und des Schreibens infolge mangelnder [...] Fähigkeit, die Gedanken durch eine regelrechte Wortbildung und Wortfolge auszudrücken.“⁶⁸

Ob es jedoch eine isolierte Störung der Grammatik, mit ansonsten normaler Sprachfähigkeit und ohne kognitive Defizite gibt, ist nicht mit Sicherheit geklärt. So kann meist auch eine Sprechstörung oder ein verminderter Wortschatz beobachtet werden. Fakultativ findet man bei dysgrammatisch sprechenden Kindern zusätzlich

⁶⁵ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.27.

⁶⁶ Vgl. W. von Suchodoletz (2004) Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In: W. v. Suchodoletz (Hrsg.), Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? Hogrefe, Göttingen pp.155-199.

⁶⁷ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.128f.

⁶⁸ G. Wirth (2000) p.382.

Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, Symptome von Hyperaktivität sowie eine eingeschränkte Merkfähigkeit.⁶⁹

Die Entwicklung der Grammatik beginnt mit Entstehung der ersten Mehrwortsätze und findet um das dritte Lebensjahr herum statt. Obwohl diese bei Dreijährigen also noch nicht ganz abgeschlossen ist, kann schon deutlich zwischen einer abweichenden und einer lediglich verzögerten Grammatik differenziert werden. Vergleicht man zum Beispiel die Sätze sprachverzögerter Kinder mit denen von Kindern, die später als sprachentwicklungsgestört diagnostiziert werden, so können sehr deutliche Unterschiede festgestellt werden. Das deutet darauf hin, dass ein schwerer Dysgrammatismus schon früh auf eine deutliche Abweichung des normalen Verlaufs der Sprachentwicklung hinweisen kann.⁷⁰

So würde laut H. Grimm ein zwei- bis dreijähriges Kind beispielsweise sagen „Hat mir runterfallen“ oder „Mama leine bauen“. Man erkennt hier klar, dass die Sätze kurz und einfach sind. Das Verb wird ans Ende des Satzes gesetzt und steht im Infinitiv. Sprachentwicklungsgestörte Kinder bilden hingegen längere und komplexere Sätze und, obwohl das Verb auch hier oft am Satzende steht, findet sich dieses meist in deklinierter Form. Ein Beispiel wäre: „Mama mich wieder abholt“. Diesen Kindern fällt es auch sehr viel schwerer, ihre Sprache weiterzuentwickeln. Wo jüngere nicht-sprachgestörte Kinder nach kurzer Zeit in der Lage sind, grammatikalisch und syntaktisch richtige Sätze zu bilden, verhaften sie oft lange in ihrer falschen Ausdrucksweise. So fällt Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung meist das Herstellen einer Subjekt-Verb-Kongruenz sowie das Flektieren von Verben sehr schwer. Weiterhin haben sie Probleme mit Pluralbildungen, vertauschen oft Präpositionen oder verwenden falsche Artikel.⁷¹

2.3.5. Dyslalie

Unter Dyslalie oder Stammeln versteht man ein fehlerhaftes Aussprechen von einzelnen Lautgruppen. Diese gehören meist der gleichen Klangfamilie an und werden auf ähnliche Weise gebildet, so beispielsweise die Laute /k/ und /t/.⁷² Bis

⁶⁹ Vgl. ebd. p.382.

⁷⁰ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.136-139.

⁷¹ Vgl. ebd. p.136-139.

⁷² Vgl. A. Schilling, H. Schäfer (1962) Beitrag zur Prüfung der „partiellen akustischen Lautagnosie“ bei stammelnden Kindern mit einem Agnosieprüfverfahren. Archiv für Klinische und Experimentelle Ohren- Nasen- und Kehlkopfheilkunde. 180(2):823-827.

zum vierten Lebensjahr kann eine Dyslalie als physiologisch angesehen werden. So stammeln – nach G. Wirth – zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr noch rund 20% der Kinder, bis zum achten Lebensjahr jedoch nur noch lediglich 1%.⁷³

Dabei kann Stammeln einerseits auf eine Artikulationsstörung aufgrund von Beeinträchtigungen der peripheren Sprechorgane zurückgeführt werden, wobei dann von einer Sprechstörung gesprochen wird. Die häufigste Ursache hierfür ist eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, aber auch lediglich Zahnfehlstellungen kommen als Auslöser in Frage.⁷⁴

Andererseits kann die Dyslalie als Sprachstörung betrachtet werden, genauer gesagt als Störung des Erwerbs oder des korrekten Gebrauchs von Lauten. Hier gelten die allgemeinen Ursachen einer Sprachstörung wie beispielsweise Hörstörungen oder das Vorliegen einer genetischen Sprachschwäche. Stammeln kann zudem auch Symptom einer globalen Sprachentwicklungsstörung oder -verzögerung sein. Dabei kann auch nach Besserung der Sprachverzögerung eine Dyslalie weiterbestehen bleiben: Hier spricht man dann von einer Restdyslalie.⁷⁵

Daneben konnten A. Schilling und H. Schäfer als Ursache oder Teilursache für eine Dyslalie eine „partielle Lautagnosie“⁷⁶ feststellen. Zu deren Überprüfung entwickelten sie einen Bildertest, welcher Gegenstände des kindlichen Alltags zeigte. Diese Bilder wurden dann paarweise angeordnet, sodass sich die Namen in nur einem Laut unterschieden: so bildeten zum Beispiel „Kanne“ und „Tanne“ ein Bilderpaar. Dann wurde den Kindern akustisch mitgeteilt, auf welchen Gegenstand sie zeigen sollten. Hier stellte man fest, dass normalhörende Kinder die an einer Dyslalie litten, die Bilder mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit verwechselten als jene ohne Dyslalie.⁷⁷

⁷³ Vgl. G. Wirth (2000) p.311.

⁷⁴ Vgl. ebd. p.306.

⁷⁵ Vgl. ebd. p.306ff.

⁷⁶ A. Schilling, H. Schäfer (1962)

⁷⁷ Vgl. ebd.

2.4. Sprachentwicklung bei mehrsprachigen Kindern

2.4.1. Kinder mit Migrationshintergrund – Überblick

Sieht man sich die Bestandsaufnahme der Migration im Saarland des Jahres 2014 der Arbeitskammer des Saarlandes an, wird ersichtlich, wie wichtig es ist, die Sprachentwicklung von ausländischen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund genauer zu analysieren.⁷⁸

So wohnten im Saarland Ende 2011 gemäß Statistischem Landesamt fast 80.000 Ausländer und fast 200.000 Menschen mit Migrationshintergrund. Die Mehrheit (über 80%) stammte aus Europa, vor allem aus osteuropäischen Ländern, gefolgt von Asien mit 11%. Im Saarland gelten Saarbrücken und Völklingen als die klassischen Zuwandererstädte. So zeigten diese eine Ausländerquote von circa 12% sowie einen Migrationshintergrund von fast 30% auf.⁷⁹

2006 konnte bundesweit in der Pisa-Studie herausgefunden werden, dass in deutschen Schulen fast ein Drittel der Kinder einen Migrationshintergrund besitzt. Verglichen mit einheimischen Kindern erreichen diese jedoch weitaus seltener einen Schulabschluss und weisen einen niedrigeren Notendurchschnitt auf. Diese Beobachtung wurde verstärkt bei Kindern nachgewiesen, deren beide Elternteile im Ausland geboren waren.⁸⁰

So gingen 2009 im Saarland rund 17% der ausländischen und 36% der deutschen Schüler auf ein Gymnasium. Insgesamt machten 45% der ausländischen Schulabgänger einen Hauptschulabschluss und 12% beendeten die Schule sogar ohne Abschluss. Vergleicht man Jugendliche mit gleichen schulischen Leistungen und ähnlicher familiärer Situation, so wird zudem deutlich, dass jene mit Migrationshintergrund im Mittel viel länger brauchen, eine feste und längerfristige Arbeitsstelle zu finden als ihre Kollegen ohne Migrationshintergrund.⁸¹

Die Ursachen der schlechteren Schulprognose dieser Kinder im Vergleich zu deutschen Kindern sind vielfältig. Sie reichen von „kulturellen Defiziten, human-

⁷⁸ Vgl. C. Lehberger, D. Bechel, H. Kraus, E. Rothaar, F.J. Koenen in Kooperation mit Multikultur e.V., Arbeitskammer des Saarlandes: Bestandsaufnahme Migration im Saarland: ein Überblick 2014.

⁷⁹ Vgl. ebd. p.12f.

⁸⁰ Vgl. M. Prenzel, C. Artelt, J. Baumert, W. Blum, M. Hammann, E. Klieme, R. Pekrun PISA 2006 in Deutschland, Die Kompetenzen der Jugendlichen im dritten Ländervergleich, Zusammenfassung. p.18

⁸¹ Vgl. C. Lehberger et al. p.29ff.

kapital-theoretischen-Ansätzen, Verursachung durch Merkmale der Schule [...] bis zu ethnische[r] Diskriminierung“⁸².

Eine wichtige und ursachenübergreifende Stellung nimmt hier die Sprache ein. Diese ist ein wichtiger Bestandteil der Kultur eines Landes, sodass Immigranten, welche die Sprache des entsprechenden Landes nicht beherrschen, oft unter einer niedrigeren gesellschaftlichen Stellung und schlechterem sozialen Ansehen leiden. Dies kann sich wiederum negativ auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen auswirken, was die Integration erneut erschwert. Zudem sind Kinder ausländischer Familien häufig mit dem gleichzeitigen Erlernen von zwei oder mehreren Sprachen konfrontiert und begegnen einer Ablehnung ihrer Muttersprache außerhalb ihrer Familie.⁸³ Letztendlich ist auch das deutsche Schulsystem nicht ausreichend auf die Probleme und Bedürfnisse mehrsprachiger Kinder ausgerichtet. Erschwerend kommt noch hinzu, dass diese Kinder bei Problemen in der Schule wegen der Sprachbarriere auch zu Hause kaum auf elterliche Hilfe zurückgreifen können.⁸⁴

2.4.2. Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit

Wie sich Mehrsprachigkeit im Kindesalter entwickelt, ist nicht abschließend geklärt. Vielmehr findet man in der Literatur sehr unterschiedliche Ansätze und auch teils kontroverse Erklärungsversuche.

Zuerst müssen die unterschiedlichen Zeitpunkte beim Erwerb einer Mehrsprachigkeit bei Kindern beachtet werden:

Einerseits gibt es den simultanen Erwerb von zwei Sprachen, der sogenannte „Doppelspracherwerb“⁸⁵. Dieser liegt vor, wenn ein Kind mit zwei Muttersprachen aufwächst und ist in der Regel der Fall, wenn die Eltern des Kindes unterschiedliche Muttersprachen haben. Laut G. Wirth kann es jedoch nur zu einer gleich guten Entwicklung beider Sprachen kommen, wenn jedes Elternteil konsequent mit dem Kind in der jeweils eigenen Muttersprache spricht.⁸⁶

⁸² L. Herwartz-Emnden (2007) Migrant/-innen im deutschen Bildungssystem. p.13. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung: Migrationshintergrund von Kindern und Jugendlichen: Wege zur Weiterentwicklung der amtlichen Statistik. Bildungsforschung Band 14. Bonn, Berlin 2007. pp.7-25.

⁸³ Vgl. A. Kracht (2006) Störungen der Sprachentwicklung im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit. In: Sonderpädagogische Förderung (2006) 4:356-368.

⁸⁴ Vgl. C. Lehberger, D. Bechel, H. Kraus, E. Rothaar, F.J. Koenen. p.29.

⁸⁵ G. Wirth (2000) p.169.

⁸⁶ Vgl. ebd. p.169.

Andererseits gibt es die sogenannte „lebensweltliche Zweisprachigkeit“⁸⁷. Hier unterscheidet sich die Sprache der Familie von der Sprache ihrer Umwelt. Die Kinder kommen allerdings noch vor ihrem dritten Lebensjahr, also noch vor der vollständigen Entwicklung ihrer Muttersprache, mit beiden Sprachen in Kontakt. Hierfür können zum Beispiel Kindertagesstätte oder eine einheimische Tagesmutter hilfreich sein. Dies trifft insbesondere auf Familien mit Migrationshintergrund zu.⁸⁸

Davon abzugrenzen ist das aufeinanderfolgende Erlernen von Sprachen im Kindesalter.⁸⁹ Hiermit sind vor allem Kinder über drei Jahren gemeint, welche erst nach Beherrschung ihrer Muttersprache mit einer weiteren Sprache konfrontiert werden. Betroffen sind meist ausländische Kinder, die nach ihrem dritten Lebensjahr aus ihrem Heimatland in ein anderssprachiges Land auswandern.⁹⁰

Hinsichtlich der Frage wie die Entwicklung der zweiten Sprache erfolgt, gibt es in der Fachliteratur zwei größere Positionen:

Eine Theorie besagt, dass sich die zweite Sprache weitgehend getrennt von der ersten entwickelt und sich so auch zwei voneinander unabhängige Grammatiken ausbilden können. Diese Theorie ist allerdings nur auf den frühen Erwerb von Mehrsprachigkeit anzuwenden und nimmt somit eine Sonderstellung unter den Zweitspracherwerbstheorien ein. Darüber hinaus gehen einige Verfechter dieser Theorie davon aus, dass die Grammatik einer Sprache auch dann gelernt werden kann, wenn es nicht zu einer konsequenten Trennung der Sprachen durch die Bezugspersonen kommt⁹¹. Hiermit widersprechen sie Wirths „eine Person – eine Sprache“⁹²-Prinzip.

Andere Theorien beruhen darauf, dass der Erwerb der zweiten Sprache auf dem Konstrukt der Muttersprache aufbaut, welche so als Grundlage der zweiten Sprache dient.⁹³ So besagt die „Kontrastivhypothese“⁹⁴ beispielsweise, dass die Struktur der

⁸⁷ A. Kracht (2007) Probleme beim Zweitspracherwerb. p.444. In: Schöler H., Wellinger A. (2007) Sonderpädagogik der Sprache Förderschwerpunkt Sprache. Handbuch der Pädagogik und Psychologie der Behinderungen, Bd. 3. Hoegrefe, Göttingen 2007. pp.442-455.

⁸⁸ Vgl. S. Chilla, M. Rothweiler, E. Babur (ed) (2010) Kindliche Mehrsprachigkeit, Grundlagen-Störungen-Diagnostik. Ernst Reinhardt, München. p.23f.

⁸⁹ Vgl. ebd. p.23.

⁹⁰ Vgl. C. Angehrn, J. Schraner (2007) Zusammenfassung: Mehrsprachigkeit und Sprachentwicklung, A. Kracht, 2001. SAL-Bulletin. p.25.

⁹¹ Vgl. S. Jeuk (ed) (2010) Deutsch als Zweitsprache in der Schule, Grundlagen – Diagnose – Förderung. W. Kohlhammer, Stuttgart. p.33.

⁹² G. Wirth (2000) p.169.

⁹³ Vgl. ebd. p.168.

Muttersprache beim Erwerb der Zweitsprache übernommen wird. Entsprechend geht diese Theorie davon aus, dass es auch einfacher ist, eine Sprache aus der gleichen Sprachfamilie, also mit ähnlicher Struktur, zu lernen als eine Sprache aus einem entfernteren Sprachenzweig. Feldbeobachtungen zeigten jedoch hier ganz andere Erfahrungen: So lernten Kinder eher leichter Sprachen, die sich linguistisch unterschieden, als dies bei näher verwandten Sprachen der Fall war.⁹⁵

2.4.3. Auffälligkeiten beim Erwerb der Zweitsprache

Die Entwicklung einer Zweitsprache bei Kindern verläuft nicht auf die gleiche Weise wie die der Erstsprache: So gibt es hier beispielsweise kein Lall-, Ein-Wort- oder Zweitwortstadium. Nachdem die Kinder in einer ersten Phase die Sprache eher passiv rezipieren, kommt es sehr bald schon zu ersten aktiven Versuchen mit der neuen Sprache. Zuerst werden häufig verwendete Wörter und kurze Sätze wiederholt, bevor dann erste Ansätze von Eigenformulierungen gemacht werden. Auf diese Weise verfestigt sich die neue Sprache bevor sie langsam beherrscht wird. Dabei verläuft analog zum Erstspracherwerb auch die Entwicklung der Zweitsprache individuell sehr unterschiedlich und wird stark durch die Umwelt und die Sprachförderung beeinflusst.⁹⁶

Zu Beginn des Erwerbs einer Zweitsprache kann es zu Sprachmischungen zwischen den beiden Sprachen kommen. Das sprachliche Wissen der Muttersprache wird in die neu zu erlernende Sprache übertragen. Hier spricht man auch von „Transfer“.⁹⁷ Dies ist in einer Anfangsphase nützlich, um eine flüssige Kommunikation zu ermöglichen und ist demnach nicht grundsätzlich als pathologisch anzusehen. Im Verlauf der Entwicklung sollte sich diese Übertragung aber auswachsen, da Sprachmischungen den Spracherwerbsprozess bremsen und negativ beeinflussen können.⁹⁸

Sprachmischungen können sich unter verschiedenen Formen manifestieren:

⁹⁴ S. Jeuk (2010) p.31.

⁹⁵ Vgl. ebd. p.31.

⁹⁶ Vgl. C. Angehrn, J. Schraner (2007) p.27f.

⁹⁷ S. Jeuk (2010) p.42. & Vgl. ebd. p. 42.

⁹⁸ Vgl. C. Angehrn, J. (2007) p.27.

- Das „code-mixing“⁹⁹ verhilft zu einer flüssigen Sprache: Wird beispielsweise ein Wort in einer Sprache nicht beherrscht, so wird es einfach aus der anderen übernommen.¹⁰⁰
- Beim „code-switching“¹⁰¹ wird – je nach Situation, Gesprächspartner oder Thema – innerhalb eines Diskurses zwischen zwei Sprachen gewechselt.¹⁰² Dies ist oft in Migrationsfamilien beobachtbar, in denen die Mitglieder mehrere Sprachen beherrschen. Sie wechseln übergangslos von einer Sprache in die andere, je nachdem, was sie ausdrücken wollen oder mit wem sie sich unterhalten.¹⁰³
- Bei der „Interferenz“¹⁰⁴ hingegen werden nicht einzelne Wörter bzw. ganze Sätze in einer anderen Sprache gesprochen, sondern die ganze Struktur (mit Aussprache, Grammatik, Wortschatz und Pragmatik) der erstgelernten Sprache wird in die neue Sprache übertragen.¹⁰⁵ Dieser „Transfer“ ist allerdings nur möglich, wenn beide Sprachen ein ähnliches strukturelles System aufweisen.¹⁰⁶

2.4.4. Gefahr der Ausbildung einer „doppelten Halbsprachigkeit“

Der Begriff der „doppelten Halbsprachigkeit“ bzw. „Semilingualismus“ wurde in den 1960er Jahren durch den finnischen Sprachforscher Hansegård geprägt. So hatte dieser die Sprachentwicklung finnischer Kinder in schwedischen Schulen untersucht und stellte vermehrt sowohl quantitative als auch qualitative Sprachdefizite bei finnischen im Vergleich zu schwedischen Schülern fest, was er auf den „Semilingualismus“ zurückführte.¹⁰⁷

G. Wirth erklärt das Entstehen der „doppelten Halbsprachigkeit“ wie folgt: Das gleichzeitige Lernen mehrere Sprachen verlangt einen gewissen Grad an Intelligenz, was für die meisten Kinder durch ihre gute Auffassungsgabe und Lernfähigkeit jedoch kein allzu großes Problem darstellt. Sensible Kinder hingegen

⁹⁹ S. Jeuk (2010) p.31.

¹⁰⁰ Vgl. ebd. p.42.

¹⁰¹ ebd. p.42.

¹⁰² Vgl. S. Chilla, M. Rothweiler, E. Babur (2010) p.62.

¹⁰³ Vgl. S. Jeuk (2010) p.42.

¹⁰⁴ ebd. p.42.

¹⁰⁵ Vgl. A. Kracht (2007) p.450.

¹⁰⁶ Vgl. S. Jeuk (2010) p.43.

¹⁰⁷ Vgl. A. Kracht (2007) p.443.

können – wenn sie überfordert werden – eine Sprachverzögerung oder Sprachprobleme mit Dysgrammatismus oder Stammeln entwickeln.¹⁰⁸

Weiterhin sollte man sich die durch Cummings formulierte „Interdependenzhypothese“ sowie die durch Cummings und Skutnabb-Kangas formulierte „Schwellenhypothese“ genauer ansehen. Beide erst später – in den 1980er Jahren formuliert – helfen dennoch den Begriff der „doppelten Halbsprachigkeit“ besser zu verstehen.¹⁰⁹

So besagt die „Interdependenzhypothese“, dass die Zweitsprachenfähigkeit vor allem zu Beginn ihrer Entwicklung entscheidend von den schon erlernten Kompetenzen in der Erstsprache beeinflusst wird.¹¹⁰

Die „Schwellenhypothese“ ihrerseits geht noch etwas weiter und besagt, dass zum erfolgreichen Erwerb einer Zweitsprache bereits ein gewisser Grad der Beherrschung der Muttersprache erreicht sein muss, damit der Zweitspracherwerb erfolgreich auf diesem Fundament aufbauen kann.¹¹¹

So konnte 2006 in der Pisa-Studie herausgefunden werden, dass im Ausland geborene Jugendliche, die nach Deutschland eingewandert sind, besser oder gleich gut abschneiden, als jene, die in Deutschland geboren sind und einen Migrationshintergrund in zweiter Generation besitzen.¹¹²

Dementsprechend besteht bei anfälligen Kindern, die zu früh mit einer Zweitsprache konfrontiert werden, die Gefahr, dass es zu einem Bruch beim Erlernen der Muttersprache kommt und sich eine „doppelte Halbsprachigkeit“ entwickelt, wodurch sowohl die Muttersprache als auch die Zweitsprache nicht richtig erlernt werden können.¹¹³ Die Betroffenen können sich folglich weder in der Zweitsprache noch in der Muttersprache so adäquat verständigen, wie es für alle Lebenslagen in der Gesellschaft erforderlich wäre.¹¹⁴

Mehrere Ursachen können hierfür angeführt werden: Zum einen kann bei allgemeinem Entwicklungsrückstand ein zu frühes Konfrontieren mit der Zweitsprache, zu einer Überforderung führen. Häufig liegt das Problem aber auch darin, dass die Eltern versuchen, mit ihren Kindern in der Landessprache zu

¹⁰⁸ Vgl. G. Wirth (2000) p.168.

¹⁰⁹ Vgl. S. Chilla, M. Rothweiler, E. Babur (2010) p.53.

¹¹⁰ Vgl. ebd. p.53.

¹¹¹ Vgl. ebd. p.54.

¹¹² Vgl. M. Prenzel, C. Artelt, J. Baumert, W. Blum, M. Hamann, E. Klieme, R. Pekrun p.18.

¹¹³ Vgl. G. Wirth (2000) p.169.

¹¹⁴ Vgl. A. Kracht (2007) p.443.

sprechen, um ihnen die Integration zu erleichtern. Wenn die Eltern jedoch selbst diese Sprache nicht richtig, oder nicht in dem Maße wie ein Muttersprachler beherrschen, kann es auch den Kindern nie gelingen, die Sprache adäquat zu erlernen. Weiterhin spielt das deutsche Schulsystem eine entscheidende Rolle: Hier wird weder die Entwicklung der Muttersprache der Kinder gefördert noch genug auf die unterschiedliche Sprachentwicklung bei mehrsprachiger Erziehung eingegangen. Vielmehr wird den Kindern oft schon im Kindergarten der Gebrauch ihrer Muttersprache verboten, insbesondere wenn die Lehrer dieser nicht mächtig sind.¹¹⁵

Dabei sollte allerdings nochmals betont werden, dass die Theorie des „Semilingualismus“ seit seiner Einführung mehrfach verändert, erweitert und kontrovers diskutiert wurde. Viele Sprachwissenschaftler lehnen den Begriff inzwischen ganz ab.¹¹⁶ So auch I. Gogolin, welche analog dazu den Begriff der „lebensweltlichen Mehrsprachigkeit“ vorschlägt, um die sprachliche Situation von Kindern mit Migrationshintergrund zu beschreiben. Diese könne man nicht mit derer einsprachig aufwachsender Kinder vergleichen und somit auch nicht mit Hilfe der gleichen Kriterien als defizitär ansehen.¹¹⁷

Nichtdestotrotz ergab sich in mehreren Studien eine schlechtere Prognose für Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu einheimischen Kindern, was zeigt wie wichtig es ist, mögliche Probleme mehrsprachig-aufwachsender Kinder frühzeitig zu erkennen und sich dieser anzunehmen.

2.5. Prognose von Sprachentwicklungsstörungen

Sprachentwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Entwicklungsstörungen im Kindesalter. Wie wichtig es ist, dass diese frühzeitig erkannt und behandelt werden, um Spätfolgen zu verhindern oder zumindest so weit wie möglich zu reduzieren, konnte in mehreren Langzeitstudien bereits erwiesen werden. Dabei muss hinsichtlich der Prognose von Kindern mit Sprachstörungen jedoch klar

¹¹⁵ Vgl. G. Wirth (2000) p.169. & Vgl. C. Lehberger, D. Bechel, H. Kraus, E. Rothaar, F.J. Koenen p.29.

¹¹⁶ Vgl. A. Kracht (2007) p.444.

¹¹⁷ Vgl. I. Gogolin (2004) Lebensweltliche Mehrsprachigkeit. In: K.-R. Bauch (ed) Mehrsprachigkeit im Fokus, Arbeitspapiere der 24. Frühjahrskonferenz zur Erforschung des Fremdsprachenunterrichts. Günter Narr, Tübingen. pp. 55-61.

unterschieden werden zwischen den „late talkers“ und den Kindern mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung. So haben jene Kinder, die ihre Sprachstörung bis zur Einschulung weitgehend wettmachen konnten, eine deutlich bessere Prognose als Kinder, deren Sprachstörungen bis ins Schulalter weiterbestehen.¹¹⁸

P. Kühn konnte in einer Längsschnittstudie feststellen, dass bei der Einschulung nur Kinder mit Sprachstörungen diagnostiziert wurden, welche schon im Alter von zwei Jahren als „late talkers“ erkannt worden waren. So wiesen auch die „late bloomers“ in knapp einem Drittel der Fälle im Einschulungsalter noch Schwächen auf. Obwohl die meisten der „late talkers“ bis zum Einschulungsalter einen weitgehend altersentsprechenden Entwicklungsstand aufweisen konnten, vermochten sie dennoch weiterhin nicht mit den sprachlichen Leistungen der sprachunauffälligen Kinder mitzuhalten.¹¹⁹

Laut H. Grimm benötigen Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen nicht nur viel mehr Zeit, um die einzelnen Etappen der Sprachentwicklung zu erreichen, sondern die Sprachentwicklung selbst gestaltet sich auch viel mühsamer. So können diese Kinder ihren Rückstand meist nicht ohne Förderung aufnehmen und der Unterschied der Sprachfähigkeit zwischen beiden Gruppen vergrößert sich zusehends. Oftmals sind Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter erkennbar.¹²⁰

Am naheliegendsten sind hier die schulischen Probleme zu nennen. Auch wenn sich die Spontansprache bei den ehemaligen „late talkers“ auf den ersten Blick oft normal anhört, bleiben sowohl die Sprachproduktion als auch das Sprachverständnis in etwa 30% der Fälle unterdurchschnittlich. Gleiches gilt nicht nur für ihre Lese- und Rechtschreibfähigkeiten, sondern auch Allgemeinwissen und Mathematik bereiten vielen von ihnen Probleme.¹²¹ Diese schulischen Probleme können sich bei einigen Kindern generalisieren und negativ auf die Motivation auswirken, was sich wiederum negativ auf die zukünftigen schulischen Leistungen niederschlägt.¹²²

Noch größere schulische Probleme im Vergleich zu den „late talkers“ haben Kinder mit umschriebener Sprachentwicklungsstörung. So diagnostizierte man bei diesen

¹¹⁸ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.27.

¹¹⁹ Vgl. P. Kühn (2010) Wie entwickeln sich Late Talkers? Eine Längsschnittstudie zur Prognose der sprachlichen, kognitiven und emotionalen Entwicklung von Late Talkers bis zum Einschulungsalter.

¹²⁰ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.170f.

¹²¹ Vgl. W. von Suchodoletz (2004).

¹²² Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.173.

Kindern häufiger eine allgemeine Lese-Rechtsschreibstörung, viele schafften keinen regulären Schulabschluss und etwa 20% von ihnen besuchten Schulen für Lernbehinderte. Des Weiteren sind besonders Kinder mit rezessiven Sprachstörungen gefährdet, im Laufe ihrer Entwicklung an einer Abnahme ihres Intelligenzquotienten zu leiden.¹²³

Diese gerade beschriebenen Probleme bei der Einschulung ziehen sich oft über die gesamte schulische Laufbahn der Kinder und haben entsprechende Auswirkungen auf ihre berufliche Zukunft. Dies konnte auch in einer Studie von M.J. Snowling et al. gezeigt werden, welche die Studie von Bishop und Edmundson aus dem Jahre 1987 wiederaufnahm. Letztere untersuchten 87 Kinder mit Sprachstörungen im Alter von vier Jahren und anderthalb Jahre später noch einmal. Von diesen Kindern, konnten 19 als allgemein entwicklungsgestört angesehen werden, 30 wurden als „late talkers“ angesehen und bei 38 Kindern wurde eine spezifische Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert. Jahre später überprüften dann M.J. Snowling et al. wie viele dieser Kinder im Alter von 15 Jahren ihren Schulabschluss geschafft hatten und wie hoch der Notendurchschnitt im Vergleich zu 43 Kontrollkindern war. Dabei konnte dokumentiert werden, dass prozentual gesehen fast so viele ehemalige „late talkers“ wie Kontrollkinder ihren Schulabschluss geschafft hatten, ihre Noten allerdings deutlich schlechter ausfielen. Dabei beschränkten sich diese schlechteren Noten nicht nur, wie zu erwarten, auf die Fächer Englisch und Fremdsprachen, sondern waren auch in Mathematik Defizite zu erkennen. Die Ergebnisse der Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen fielen hingegen deutlich ab: nicht einmal die Hälfte von ihnen schaffte den Schulabschluss und auch die Noten waren nur wenig höher als die, der allgemein entwicklungsgestörten Kinder.¹²⁴

Ein Jahr später haben S.E. Stothard et al. den Großteil dieser Kinder hinsichtlich ihrer Ausbildung oder ihres Berufes weiterverfolgt. Von den Kontrollkindern studierten fast alle, wobei über 50% in ‚A-level‘-Studien („Advanced level“) eingeschrieben waren. Bei den „late talkers“ war das Ergebnis ähnlich: Hier studierten über 70%, jedoch nur rund 30% in einem ‚A-level‘-Studiengang, während weitere 18% eine Ausbildung machten. Von den sprachentwicklungsgestörten Kindern machten 30% eine Ausbildung und 8% arbeiteten bereits.¹²⁵

¹²³ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.24.

¹²⁴ Vgl. M.J. Snowling, J.W. Adams, D.V.M. Bishop, S.E. Stothard (2001).

¹²⁵ Vgl. ebd.

Ein weiterer Einflussfaktor sind psychosoziale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten. Diese sind hauptsächlich bei entwicklungsgestörten Kindern feststellbar, wohingegen die Befunde bei den „late talkers“ auseinander gehen.

So konnten beispielsweise A.J.O. Whitehouse et al. in einer Längsschnittstudie mit Zweijährigen feststellen, dass bis zu deren 15ten Lebensjahr keine grundlegenden Unterschiede zwischen dem Verhalten der „late talkers“ und der Kontrollgruppen erkennbar waren.¹²⁶ Andererseits fanden R. Paul et al. in einer Studie mit 21 zweijährigen Kindern mit Sprachverzögerung heraus, dass diese Kinder für soziale Probleme besonders gefährdet sind, und dies selbst, nachdem sich ihre Sprachprobleme gebessert hatten.¹²⁷

Bei den Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen hingegen, konnten M. Noterdaeme et al. eine signifikante Korrelation von Sprachschwierigkeiten mit motorischer Unruhe und Konzentrationsproblemen bzw. mit Zurückgezogenheit oder Depressivität feststellen.¹²⁸ Gleichzeitig konnten W.A. Helland et al. bestätigen, dass viele Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten in der Adoleszenz eine Sprachstörung aufweisen.¹²⁹

So geht man insgesamt von einer Prävalenz von 30% bis 50% für Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern aus.¹³⁰ Diese können bei etwa der Hälfte der Kinder schon im Vorschulalter beobachtet werden¹³¹ und stellen sich ganz unterschiedlich dar. So sind einige der Kinder sehr schüchtern und emotional labil, wohingegen andere ein eher hyperaktives Verhalten mit Aufmerksamkeitsstörungen an den Tag legen.¹³² Wegen ihrer kommunikativen Beeinträchtigung fällt es ihnen oft schwerer, Freundschaften zu schließen und sich in Gruppen zu integrieren. So kommt es anfangs häufig zu einem „oppositionell-

¹²⁶ Vgl. J.O. Whitehouse, M. Robinson, S.R. Zubrick (2011) Late talking and the risk for psychosocial problems during childhood and adolescence. *Pediatrics* 128:324-332.

¹²⁷ Vgl. R. Paul, S.S. Looney, P.S. Dahm (1990) Communication and socialization skills at ages 2 and 3 in "late-talking" young children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 34:858-865.

¹²⁸ Vgl. M. Noterdaeme, H. Amorosa (1998) Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. *Monatsschrift der Kinderheilkunde* 146:931-937.

¹²⁹ Vgl. W.A. Helland, A.J. Lundervold, M. Heinemann, M.B. Posserud (2014) Stable associations between behavioral problems and language impairments across childhood - The importance of pragmatic language problems. *Research in Developmental Disabilities*, 35(5):943–951.

¹³⁰ Vgl. W. von Suchodoletz (2004) p.171.

¹³¹ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.24.

¹³² Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.174.

aggressivem¹³³ Verhalten, welches dann einem verschlossenem und zurückgezogenem Verhalten weicht und mit vermindertem Selbstwertgefühl sowie mit sozialem Rückzug einhergeht.¹³⁴

Schlussfolgernd kann man sagen, dass Sprachentwicklungsprobleme deutliche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen haben können. Nicht nur durch die schulischen Probleme, die häufig zu einem niedrigeren Schulabschluss führen, sondern auch wegen der psychosozialen Probleme erlangen diese Kinder oft einen niedrigeren sozialen Status als Kinder ohne Sprachprobleme bei gleichem sozialem Hintergrund.¹³⁵

¹³³ W. von Suchodoletz (2004) p.171.

¹³⁴ Vgl. ebd. p.171f.

¹³⁵ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.25.

3. SPRACHSCREENING FÜR DREIJÄHRIGE IM SAARLAND

3.1. Ablauf des Sprachscreenings

Am 9. März 2012 wurde im Saarland das Modellprojekt „Sprachscreening für Dreijährige“ zur Früherkennung von Sprach- und Sprechstörungen bei dreijährigen Kindern vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF), gestartet und bis Ende Juni 2014 gefördert. Ziel dieses Screenings war es, die Eltern von dreijährigen Kindern auf etwaige Sprachstörungen ihrer Kinder aufmerksam zu machen und die Kinder kinderärztlich daraufhin untersuchen zu lassen, um den möglichen Konsequenzen von nicht erkannten Sprachstörungen rechtzeitig entgegenwirken zu können. Darüber hinaus ging es auch darum, einen Überblick über die Häufigkeit von Sprach- und Sprechstörungen im Saarland zu erhalten und zu ermitteln, ob diese frühzeitig erkannt werden können.¹³⁶

Hierfür werden die Kinder bei der Einschulungsuntersuchung erneut auf die entsprechende Fragestellung hin untersucht, um so festzustellen, ob das Sprachscreening den erwünschten Effekt erzielen konnte. Hierfür werden die gewonnenen Daten mit denjenigen aus den Jahren vor der Einführung des Sprachscreenings für Dreijährige verglichen. Ein Erfolg zeigt sich, wenn weniger Kinder Sprachstörungen aufweisen, bzw. die Zahl der Kinder mit Sprachstörungen ohne vorherige Therapie reduziert werden konnte.

Das beschriebene Sprachscreening wurde auf freiwilliger Basis durchgeführt und im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U7a angeboten. Um Eltern für das Thema zu sensibilisieren und auf das Projekt aufmerksam zu machen, wurden Plakate und Flyer gedruckt und im ganzen Saarland verbreitet. Seit dem 3. April 2012 schickte das Zentrum für Kindervorsorge in Homburg an alle Kinder der Zielgruppe, parallel zur U7a, Einladungen (übersetzt in sechs Sprachen) zur Sprachbeurteilung. Bei fehlender Inanspruchnahme wurden bis zu zwei Erinnerungsschreiben verschickt. Nahmen die Eltern die Einladung an, wurden sie gebeten sowohl einen Fragebogen, der SBE-3-KT (Sprachbeurteilung Dreijähriger durch ihre Eltern, als Kurztest) über das expressive Sprachvermögen ihrer Kinder auszufüllen als auch eine

¹³⁶ Vgl. S. Hoffmann (2012) Sprachscreening für Dreijährige im Saarland, Information für Ärztinnen und Ärzte. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Saarland.

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Sprachscreening abzugeben. Daraufhin wertete der behandelnde Arzt den Elternfragebogen aus und beurteilte auch die Spontansprache des Kindes. Diese Ergebnisse wurden abschließend in einem einheitlichen Beurteilungsbogen zusammengetragen und anonym an das MSGFF zurückgefaxt. Letzteres trug die Ergebnisse in eine Datenbank ein, welche im Rahmen dieser Arbeit evaluiert wurden.¹³⁷

3.2. Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a¹³⁸

Der SBE-3-KT (Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a) (→ siehe Anhang) wurde an der Ludwig-Maximilian-Universität München von Mitarbeitern der Abteilung für Entwicklungsfragen entwickelt und im Rahmen einer Studie auf seine Validität hin überprüft. Der Test wurde speziell für die Früherkennung einer Sprachentwicklungsverzögerung im Rahmen der U7a konzipiert und fokussiert sich somit auf das Lebensalter von 32 bis 40 Monaten. Angaben über Sprachkompetenzen können mit diesem Test jedoch nicht gemacht werden, sondern geht es im Wesentlichen darum, Kinder mit Sprachauffälligkeiten zu identifizieren.¹³⁹

Der Test besteht aus zwei Seiten, ist leicht verständlich und kann in fünf bis zehn Minuten von den Eltern ausgefüllt werden. Weiterhin konnte bestätigt werden, dass er für Eltern aus allen sozialen Schichten gleichermaßen aussagekräftig ist. Der SBE-3-KT beurteilt Wortschatz und Grammatikleistungen des Kindes, während auf rezessive Sprachstörungen oder Dyslalien hingegen nicht eingegangen wird.¹⁴⁰

Zur Beurteilung des Wortschatzes sollen die Eltern in einer Liste, bestehend aus 82 Wörtern, diejenigen ankreuzen, welche ihr Kind schon spricht, wobei Lautbildungsfehler nicht berücksichtigt werden. Sagt das Kind beispielsweise ‚talt‘ anstelle von ‚kalt‘, gilt dies trotzdem als gekannt. Auch wenn Dialektsprache oder ein Synonym verwendet werden, wie etwa ‚Rasen‘ für ‚Wiese‘, wird dies akzeptiert.

¹³⁷ Vgl. ebd.

¹³⁸ Vgl. W. von Suchodoletz, S. Kademmann, S. Tippelt (2012) Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a (SBE-3-KT – Handbuch)

¹³⁹ Vgl. ebd.

¹⁴⁰ Vgl. ebd.

Nicht akzeptiert werden hingegen Ausdrücke aus der Babysprache wie zum Beispiel das Onomatopoetikum ‚Wauwau‘ für ‚Hund‘.¹⁴¹

Zur Evaluation der Grammatik wurden insgesamt 15 Fragen gestellt. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass die Kinder diese immer und nicht nur manchmal oder meistens beherrschen müssen, um als gekonnt zu gelten.¹⁴²

Die Ergebnisse für Wortschatz und Grammatik sowie der Gesamtwert der erzielten Punkte (= Wortschatzwert + [6 x Grammatikwert]) können später mit Normwerten verglichen werden, welche jeweils für 3 Monate zusammengefasst werden.¹⁴³

Alter in Monaten	Kritischer Wert (PR≤16)		
	Grammatik	Wortschatz	Gesamtwert (WS+[Gr.x6])
32-34	<10	<59	<119
35-37	<11	<62	<123
38-40	<12	<69	<142

Tab. 1 (PR= Prozentrang)

(Quelle: Handbuch zum SBE-3-KT; Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a)

Ein SBE-3-KT-Wert, der mindestens eine Standardabweichung unter dem Mittelwert liegt, gilt als auffällig. Für die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung ist jedoch nur eine kritische Abweichung des Grammatikwertes oder des Gesamtwertes anzusehen. Eine alleinige Abweichung des Wortschatzes kommt zwar vor, kann jedoch nicht als verlässlicher Hinweis für eine Sprachentwicklungsstörung angesehen werden, sondern ist eher einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung bzw. einer unzureichenden Förderung geschuldet.¹⁴⁴

Doch auch dieser Test hat Grenzen und kann nicht als alleiniges Mittel zur Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung eingesetzt werden. Ergänzend sollte immer auch die Spontansprache der Kinder durch einen objektiven Beobachter beurteilt sowie auf Ursachen für die Sprachstörung hin untersucht werden. Ein weiterer Schwachpunkt besteht darin, dass der SBE-3-KT auf deutschsprachige Kinder angepasst ist. Fremd- oder mehrsprachig aufwachsende Kinder können somit nicht richtig erfasst werden, ohne überdurchschnittlich oft mit falsch-positiven

¹⁴¹ Vgl. ebd.

¹⁴² Vgl. ebd.

¹⁴³ Vgl. ebd.

¹⁴⁴ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.127f.

Ergebnissen rechnen zu müssen. Bei diesen Kindern ist es besonders wichtig, um Sprachstörungen nicht zu verkennen, auf eine abweichende Sprachfähigkeit in ihrer Muttersprache zu achten.

3.3. Sprachbeurteilung durch den Arzt

Nachdem der Arzt den SBE-3-KT ausgewertet hat, beurteilt er die Spontansprache des Kindes. Im Gegensatz zu den Eltern fungiert der Arzt hier als unvoreingenommener Beobachter, der zudem auf seine Erfahrung zurückgreifen kann, um Sprachstörungen, wie ein Dysgrammatismus oder eine Dyslalie, zu erkennen.

So ist die Kombination beider Beurteilungsmethoden wichtig, um ein korrektes Bild über das Sprachvermögen des Kindes zu bekommen. H. Grimm konnte nämlich in einer Untersuchung der Kindersprache in verschiedenen Altersgruppen feststellen, dass die Sprachkompetenz der Kinder, um sich ein optimales Bild machen zu können, unter konkret-anschaulichen Bedingungen bewertet werden sollte. Dies ist in einer Arztpraxis jedoch nicht möglich, da hier eine für die Kinder ungewohnte Situation herrscht, in welcher viele von ihnen befangen reagieren. Hierfür sind die Elternfragebögen hilfreich, da Eltern ihre Kinder in alltäglichen Situationen erleben. Andererseits haben viele Eltern nicht die Erfahrung und die Kompetenz, um die Sprach- und allgemeine Kommunikationsfähigkeit ihrer Kinder altersgerecht einzuschätzen und auf Sprachdefizite aufmerksam zu werden, weshalb wiederum die direkte Kommunikation des Arztes mit dem Kind seine Notwendigkeit erlangt.¹⁴⁵

3.4. Arztmeldung Sprachbeurteilung

In den Beurteilungsbögen (→ siehe Anhang) werden neben dem Geschlecht unter anderem die Muttersprache des Kindes sowie die Angabe, ob und wenn ja wieviel Deutsch in der Familie gesprochen wird, eingetragen. Letztere ist wichtig, um die Deutschkenntnisse vor allem von Kindern mit Migrationshintergrund und

¹⁴⁵ Vgl. H. Grimm (ed) (1973) Strukturanalytische Untersuchung der Kindersprache. Hans Huber, Bern Stuttgart Wien. p.172.

ausländischen Kindern (ohne deutsche Muttersprache) besser beurteilen zu können.

Anschließend werden die Deutschkenntnisse sowie eine mögliche Dyslalie oder ein Dysgrammatismus angegeben, während auf den Wortschatz hingegen nicht explizit eingegangen wird. Dass Angaben über den Wortschatz auch nicht unbedingt nötig sind, um ein ausgewogenes Bild über die Sprachproduktion eines Kindes zu bekommen, konnte G. Szagun in einer Studie mit 333 Kindern feststellen. So fand sie heraus, dass sich erst ab einem Wortschatz von etwa 200-300 Wörtern eine deutliche Grammatik entwickeln kann. Dieses Phänomen konnte auch in anderen Sprachen und selbst bei Kindern mit Entwicklungsstörungen beobachtet werden.¹⁴⁶

W. von Suchodoletz konnte zudem feststellen, dass zwar ein pathologischer Dysgrammatismus bei Kindern als Leitsyndrom für eine spezifische Sprachentwicklungsstörung angesehen werden kann, ein isoliert ungenügender Wortschatz hingegen von geringer Aussagekraft hinsichtlich einer Sprachentwicklungsstörung zu sein scheint.¹⁴⁷

Obwohl Dyslalien bis zum vierten Lebensjahr eigentlich noch physiologisch und bei ansonsten guter durchschnittlicher Sprachfähigkeit unbedenklich sind, finden sie dennoch berechtigt ihren Platz in der Sprachbeurteilung. So können schwere Dyslalien, vor allem in Zusammenhang mit weiteren Sprachauffälligkeiten, nämlich Ausdruck einer globalen Entwicklungsstörung oder -verzögerung sein und in einigen Fällen auch noch nach Besserung der Sprachverzögerung weiterbestehen.¹⁴⁸

Zudem beinhaltet der Bogen die Frage nach einer Tagesmutter. Dies ist vor allem bei ausländischen Kindern – wenn die Eltern kein oder wenig Deutsch sprechen – von Bedeutung. In diesem Fall kann sich eine Tagesmutter – vorausgesetzt diese spricht Deutsch – nämlich positiv auf die Deutschkenntnisse des Kindes auswirken.

Die Beurteilung der Sicherheit des Auftretens des Kindes ist aus zwei Gründen relevant. Zum einen wird es dem Arzt bei sehr schüchternen, unsicheren und verschlossenen Kindern, die vielleicht auch gar nicht richtig mitmachen wollen, sehr viel schwerer fallen, eine angemessene Sprachbeurteilung durchzuführen, was eventuell zu falsch-positiven Ergebnissen im Hinblick auf eine Sprachstörung führen kann. Zum anderen konnten mehrere Studien einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Problemen und Sprachentwicklungsstörungen belegen.

¹⁴⁶ Vgl. G. Szagun (2006) p.128f.

¹⁴⁷ Vgl. W. von Suchodoletz (2012) p.127.

¹⁴⁸ Vgl. G. Wirth (2000) p.168f.

Dementsprechend sollten sprachauffällige Kinder, die zudem sehr zurückgezogen sind, auf schwerere Sprachstörungen hin untersucht werden.¹⁴⁹

Die Frage bezüglich der geplanten Aufnahme in einen deutschen Kindergarten ist vor allem bei fremdsprachigen Kindern sowie für die Nachbeurteilung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung relevant. Wird nämlich in der Familie kein Deutsch gesprochen und das Kind besucht auch keinen deutschen Kindergarten, so besteht die Gefahr schwerwiegender Probleme, wenn das Kind später in eine reguläre deutsche Schule eingeschult wird.

Schlussendlich hat der Arzt noch die Möglichkeit eine Therapieempfehlung abzugeben. Diese reicht von logopädischer Therapie, über Förderung zu Hause bis zum Abwarten bis zur U8 bzw. – bei normaler Sprachfähigkeit – keiner weiteren Maßnahme.

¹⁴⁹ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.174f.

4. FRAGESTELLUNGEN

In Anbetracht der im Sprachbeurteilungsbogen angegebenen Punkte soll nun auf die für die Auswertung wichtigsten Fragestellungen eingegangen werden:

1. Wie viele Kinder nahmen am Sprachscreening teil? Wie hoch war der Anteil deutscher Kinder? Welche weiteren Muttersprachen waren vertreten?
2. Wie häufig sind Sprachstörungen bei Dreijährigen im Saarland?
 - a. Wie oft kommen mangelnde Deutschkenntnisse vor?
Wie häufig findet man eine Dyslalie oder einen Dysgrammatismus?
Gibt es einen Zusammenhang zwischen mangelnden Deutschkenntnissen und Dyslalie / Dysgrammatismus?
 - b. Können Unterschiede zwischen allen Kindern und den einsprachig deutschen Muttersprachlern festgestellt werden?
 - c. Welche Empfehlungen zur Therapie gaben die Ärzte bei den verschiedenen Sprachstörungen?
 - d. Können die in der Literatur angegebenen Geschlechterunterschiede bestätigt werden?
Kann eine Verbindung zwischen dem Auftreten der Kinder und ihrer Sprachfähigkeit nachgewiesen werden?
3. Wie beeinflusst Mehrsprachigkeit die Sprachentwicklung?
 - a. Kann ein Unterschied zwischen einsprachig und mehrsprachig aufwachsenden Kindern erkannt werden? Kann die Hypothese der „doppelten Halbsprachigkeit“ bestätigt werden?
 - b. Ist es schwieriger zwei Muttersprachen aus unterschiedlichen Sprachfamilien zu lernen als miteinander verwandte Sprachen? Hat dies auch eine Auswirkung auf die Grammatik und die phonologische Sprache?

5. AUSWERTUNG

Zur Vereinfachung werden in den folgenden Kapiteln:

- Kinder mit nur Deutsch als Muttersprache als *deutsche Kinder*
- Kinder mit Deutsch und einer oder mehreren weiteren Muttersprache(n) als *Kinder mit Migrationshintergrund*
- Kinder ohne Deutsch als Muttersprache als *ausländische Kinder*

bezeichnet.

Die Auswertung der Daten, sowie die Erstellung der Diagramme und Tabellen wurde mit dem Computerprogramm Excel durchgeführt. Gruppenunterschiede hinsichtlich qualitativer Merkmale wurden mithilfe der Software SPSS, über den Chi²-Test sowie den exakten Test nach Fischer bzw. Fischer-Freeman-Halton-Test überprüft. Das Signifikanzniveau wurde bei 5% ($p < 0,05$) festgelegt.

5.1. Teilnahme am Sprachscreening

Insgesamt wurden zwischen April 2012 und Ende März 2014 14.530 Einladungen verschickt und bis Ende Juni 2014 nahmen 10.793 Kinder am Sprachscreening teil. Somit kann von einer Teilnahme von 74,3% aller Dreijährigen des Saarlandes ausgegangen werden.

Die folgende Auswertung beschränkt sich dabei allerdings nur auf den Zeitrahmen bis Ende Mai 2014, wobei bis zu diesem Zeitpunkt 10.096 Kinder am Sprachscreening für Dreijährige teilgenommen hatten.

Mit 7607 Kindern wuchsen rund 75% der Kinder mit ausschließlich deutscher Muttersprache auf. Weitere 10% (1015 Kinder) gaben neben Deutsch noch bis zu drei weitere Muttersprachen an, wobei am häufigsten die Kombinationen Deutsch / Russisch, gefolgt von Deutsch / Italienisch dokumentiert wurden. Darüber hinaus wuchsen etwa 15% der Dreijährigen ein- oder mehrsprachig ohne deutsche Muttersprache auf. Hier wurde am häufigsten Russisch – mit 309 Kindern – dicht gefolgt von Türkisch – mit 286 Kindern – angegeben.

Deutsch (DE)	7607	1 nicht-deutsche MS	
		Russisch	309
Deutsch + 1 weitere MS		Türkisch	286
DE / Russisch	196	Arabisch	126
DE / Italienisch	123	Kurdisch	116
DE / Französisch	97	Albanisch	102
DE / Polnisch	68	Italienisch	95
DE / Türkisch	60	Polnisch	72
DE / Albanisch	59	Rumänisch	29
DE / Arabisch	54	seltenere	286
DE / Kurdisch	53		
DE / Englisch	39	2 nicht-deutsche MS	
DE / Spanisch	35	gesamt	40
DE / Thai	25	Gesamt: 10.083 <i>(bei 13 Kindern wurde keine MS angegeben)</i>	
seltenere	134		
Deutsch +2/3 weitere MS			
DE + 2	69		
DE + 3	3		

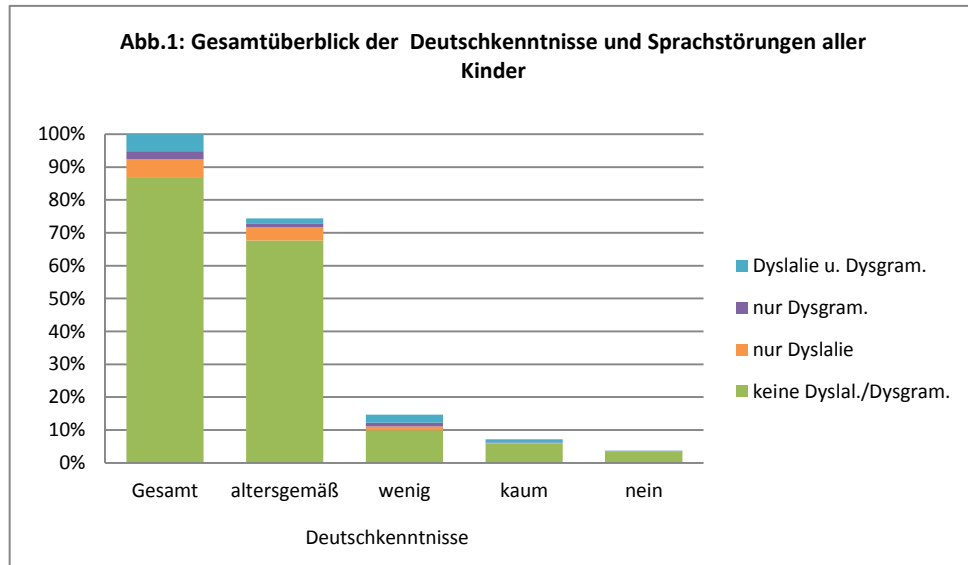
Tab. 2: Übersicht: Zahlenangaben der Muttersprachen der Dreijährigen, die am Screening teilgenommen haben. (MS = Muttersprache)

5.2. Häufigkeit der Sprachstörungen

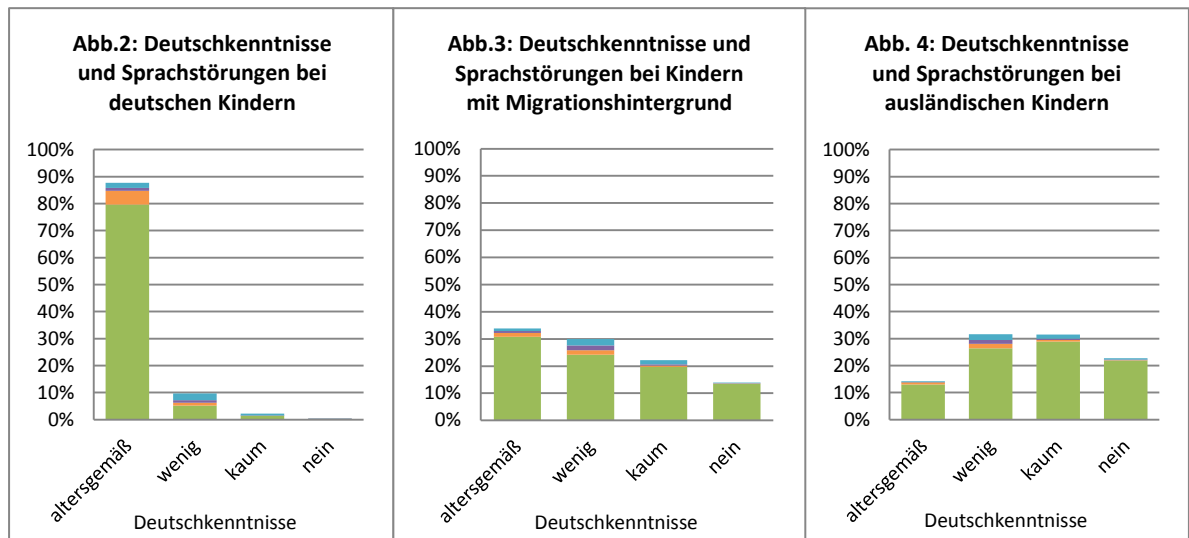
5.2.1. Überblick

Rund drei Viertel aller getesteten Kinder sprachen altersentsprechend Deutsch. Die deutschen Kinder wiesen sogar in insgesamt 88% der Fälle altersentsprechende Deutschkenntnisse auf und bei 79% wurden zusätzlich zu den altersgemäßen Deutschkenntnissen keine begleitende Dyslalie und kein Dysgrammatismus diagnostiziert. Sah man sich gesondert die Kinder mit Migrationshintergrund an, fand man hingegen nur noch in 34% der Fälle altersentsprechende Deutschkenntnisse. Bei der Gruppe der ausländischen Kindern sprachen sogar nur 13% der Dreijährigen altersentsprechend und mehr als die Hälfte dieser Gruppe beherrschte kaum oder gar kein Deutsch.

Bezüglich des Vorliegens einer Dyslalie oder eines Dysgrammatismus konnten hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den deutschen und allen Kindern festgestellt werden.



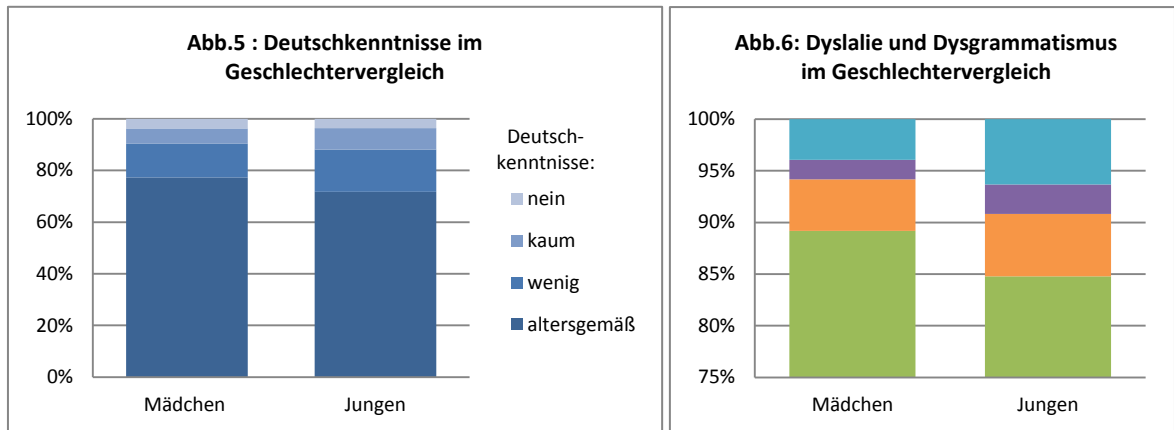
(Die Bedeutung der Farben für dieses Diagramm gilt auch für alle weiteren Diagramme)



5.2.1.1. Geschlechterunterschiede

Bezüglich der Geschlechterverteilung konnte festgestellt werden, dass Jungen signifikant schlechtere Deutschfähigkeiten aufwiesen als Mädchen ($p < 0,001$). So verfügten mit 77% mehr Mädchen über *altersgemäße* Deutschkenntnisse als Jungen mit 72%.

Des Weiteren diagnostizierte man bei Jungen signifikant häufiger ($p < 0,001$) das Vorliegen einer Dyslalie (4,5%) sowie eines Dysgrammatismus (2,9%) als bei Mädchen (3,7% bzw. 1,9%). So fand man ebenfalls deutliche Unterschiede bei der kombinierten Störung einer Dyslalie und eines Dysgrammatismus, wovon 6,3% der Jungen betroffen waren, im Gegensatz zu nur 3,9% der Mädchen.

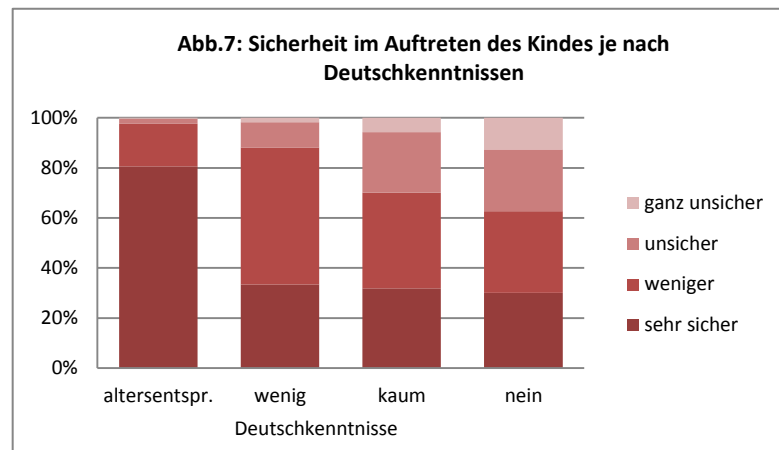


(Die Bedeutung der Farben für dieses Diagramm gilt auch für alle weiteren Diagramme)

5.2.1.2. Auftreten der Kinder

Mit einer Signifikanz von $p < 0,001$ konnte eine Relation zwischen dem Auftreten der Kinder (*sehr sicher*, *weniger*, *unsicher*, *ganz unsicher*) und deren Sprachfähigkeiten festgestellt werden.

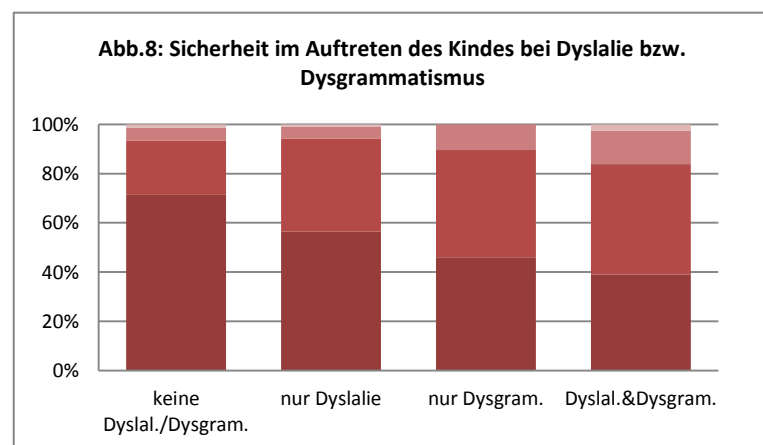
So traten Kinder mit altersentsprechenden Deutschkenntnissen in rund 80% *sehr sicher* auf. Weitere 17% zeigten ein *weniger sicheres* Auftreten, wohingegen lediglich 2,4% dieser Kinder *unsicher* oder *ganz unsicher* auftraten. Demgegenüber trat nur etwa ein Drittel der Kinder, die kaum oder kein Deutsch sprachen, *sehr sicher* auf und zeigte mit etwa der gleichen Häufigkeit sogar ein *unsicheres* oder *sehr unsicheres* Verhalten.



(Die Bedeutung der Farben für dieses Diagramm gilt auch für alle weiteren Diagramme)

Ganz ähnlich sieht es im Hinblick auf das Vorliegen einer Dyslalie oder eines Dysgrammatismus aus. Auch hier konnte eine hohe Signifikanz der Relation zwischen dem Auftreten der Kinder und dem Vorliegen einer Sprach-/Sprechstörung gefunden werden ($p < 0,001$).

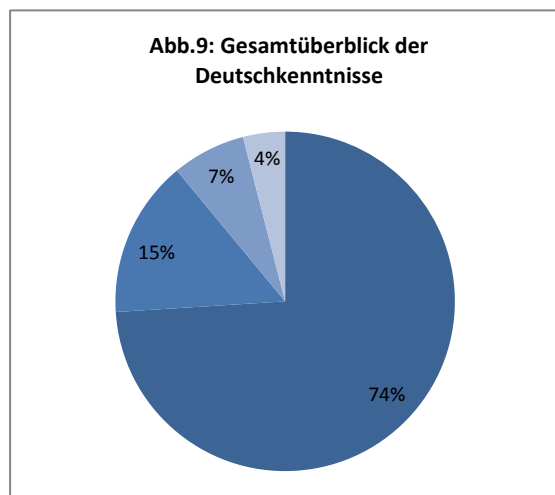
Bei Kindern ohne Dyslalie und ohne Dysgrammatismus konnte in rund 70% ein *sehr sicheres* und in weiteren 23% ein *weniger sicheres* Auftreten festgestellt werden. Kinder mit Dyslalie traten hingegen nur in 56,4% und mit Dysgrammatismus nur in 45,9% *sehr sicher* auf. Am unsichersten traten Kinder mit einer kombinierten Sprach-/Sprechstörung auf: Sie zeigten nur in 39% der Fälle ein *sehr sicheres* Verhalten.



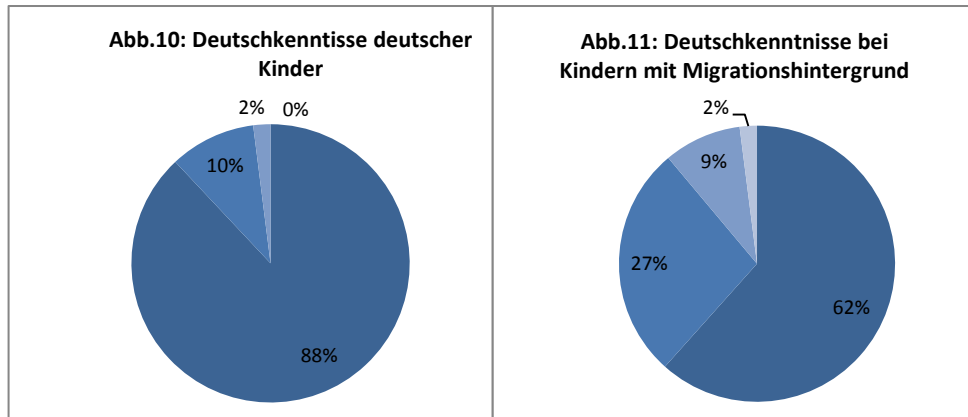
5.2.2. Deutschkenntnisse bei Kindern mit deutscher Muttersprache

Insgesamt konnten bei 74,4% aller getesteten Kinder *altersentsprechende*, bei 14,7% *wenige* und bei weiteren 10,9% *kaum* oder *keine* Deutschkenntnisse festgestellt werden. Betrachtet man ausschließlich deutsche Kinder, sprachen sogar 87,7% *altersentsprechend*, 9,7% *wenig* und lediglich 2,5% *kaum* oder *kein* Deutsch. Demgegenüber sprachen Kinder mit Migrationshintergrund nur in 61,3% *altersentsprechend* Deutsch.

Da mangelnde Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund nicht gleichzusetzen sind mit einer Sprachentwicklungsstörung¹⁵⁰, ist es wichtig, sich bei der Beurteilung der Deutschkenntnisse die Ergebnisse der einsprachig deutschen Kinder gesondert anzusehen. Geht man hier davon aus, dass es sich um einheimische Kinder handelt – deren Deutschkenntnisse also nicht durch mangelnden Zugang zur deutschen Sprache beeinflusst werden – kann man erkennen, dass 936 deutsche Kinder (12,3%) nicht *altersentsprechend* sprechen. In den Beurteilungsbögen wurde jedoch bei lediglich 16 Kindern (1,7%) eine mögliche Ursache hierfür angegeben, wobei mehrheitlich auf eine mögliche Hörstörung verwiesen wurde.



¹⁵⁰ Vgl. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (2005) p.42.



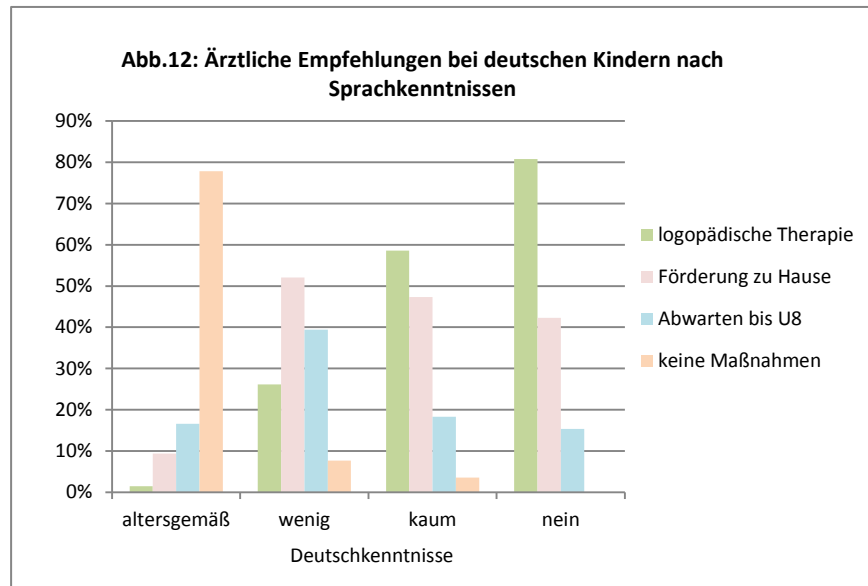
5.2.2.1. Ärztliche Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich weiterhin nur auf deutsche Kinder.

Bei Kindern mit *altersentsprechenden* Sprachkenntnissen wurden größtenteils (77,8%) keine weiteren Maßnahme angeraten, in 16,6% wurde geraten bis zur U8 abzuwarten und in 9,4% der Fälle wurde eine Förderung zu Hause empfohlen.

Kindern mit *wenig* Deutschkenntnissen rieten die Ärzte in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (52,1%) zu einer Förderung zu Hause und etwa einem Viertel (26,2%) der Betroffenen zu einer logopädischen Therapie. Mit 39,4% wurde häufig auch ein abwartendes Verhalten angeraten. Diese Empfehlung wurde jedoch in nur 7,7% ohne zusätzliche Maßnahmen ausgesprochen.

Bei schwerwiegenderen Problemen (*kaum* oder *keine* Sprachentwicklung) wurde vermehrt eine sofortige Herangehensweise gewählt. Insgesamt wurde bei nicht-altersentsprechenden Deutschkenntnissen in etwa der Hälfte der Fälle eine Förderung zu Hause empfohlen. Zudem wurde bei Kindern mit *kaum* Deutschkenntnissen in 58,6% und bei Kindern, die *kein* Deutsch sprachen in 80,8% eine logopädische Therapie veranlasst. Allen Kindern *ohne* und fast allen Kindern mit *kaum* Sprachkenntnissen wurde zusätzlich zu einem Abwarten mit Nachkontrolle bei der U8 eine logopädische Therapie oder eine Förderung zu Hause empfohlen. Letztendlich wurden lediglich 5 Kindern (3%) mit *kaum* Deutschkenntnissen keine weiteren Maßnahmen empfohlen.

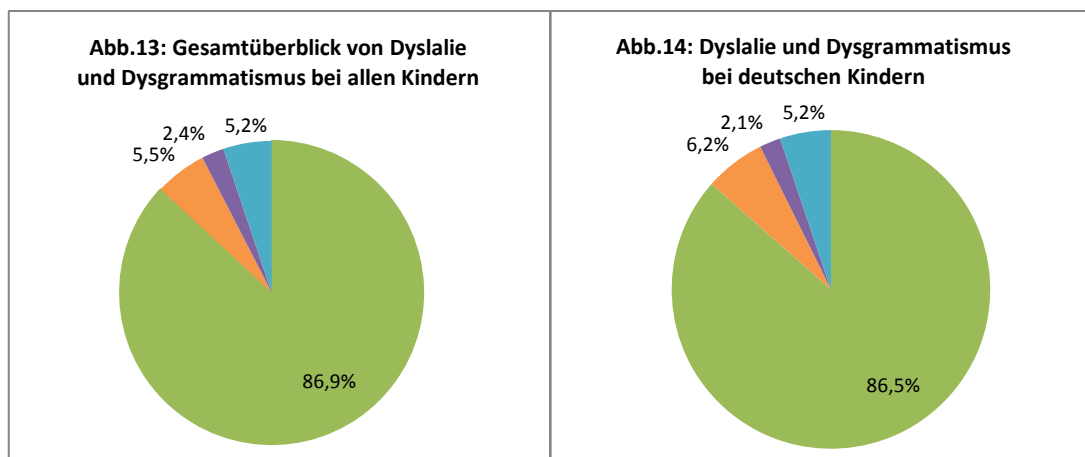


(Die Bedeutung der Farben für dieses Diagramm gilt auch für alle weiteren Diagramme)

5.2.3. Häufigkeit von Dyslalie und Dysgrammatismus

Im Gegensatz zu den Deutschkenntnissen konnte bei der Beurteilung der Prävalenz einer Dyslalie oder eines Dysgrammatismus keine Verzerrung durch die Muttersprache festgestellt werden.

So konnte bei 2,4% der Dreijährigen ein Dysgrammatismus diagnostiziert werden, während die Dyslalie mit 5,5% insgesamt etwas häufiger vertreten war. Weitere 5,2% der untersuchten Kinder zeigten eine Kombination aus Dyslalie und Dysgrammatismus.



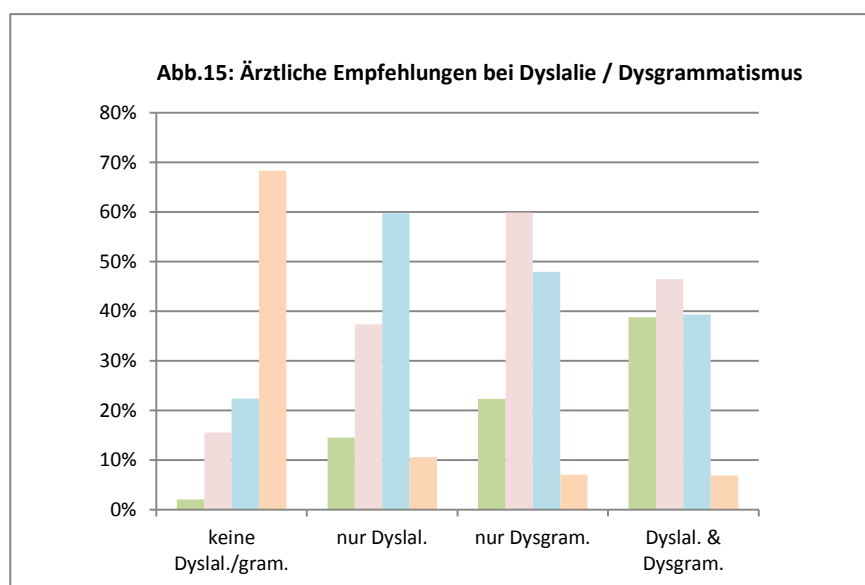
5.2.3.1. Ärztliche Empfehlungen

Kindern, die weder eine Dyslalie noch einen Dysgrammatismus aufwiesen, wurde in 68,3% der Fälle mehrheitlich keine weitere Maßnahme empfohlen; 22,4% erhielten den Rat abzuwarten, mit Nachkontrolle bei der U8. Weitere 15,5% dieser Kinder bekamen eine Förderung zu Hause und lediglich 2,1% eine logopädische Therapie, wobei anzumerken ist, dass es sich hierbei vermehrt um Kinder mit nicht-altersentsprechenden Deutschkenntnissen handelte.

Ein Abwarten bis zur U8 wurde - mit 59,8% - am häufigsten bei Kindern mit einer Dyslalie empfohlen, wobei jedoch 16,4% zusätzlich eine weitere Förderung angeraten wurde. So wurde besagten Kindern in 37,3% der Fälle eine Förderung zu Hause und 14,5% eine logopädische Therapie empfohlen. Weiteren 10,6% der Betroffenen hingegen wurden keine weiteren Maßnahmen angeraten.

Bei Kindern mit Grammatikstörungen wurde mehrheitlich (60%) eine Förderung zu Hause und weiteren 22,3% eine logopädische Therapie empfohlen. Das alleinige Abwarten bis zu U8 wurde 18,6% der Kinder und in Kombination mit einer weiterführenden Förderung in insgesamt 47,9% angeraten. Die Empfehlung keiner weiteren Maßnahmen war mit 7% eher selten.

46,4% der Dreijährigen, die an einer kombinierten Sprach-/Sprechstörung litten, wurde eine Förderung zu Hause, sowie 38,8% eine logopädische Therapie angeraten. Die Empfehlung, bis zur U8 zu warten, wurde in 22,7% von insgesamt 39,3% durch eine Förderung zu Hause oder Logopädie erweitert. Letztlich empfand man bei 6,9% keine weitere Maßnahme für erforderlich.

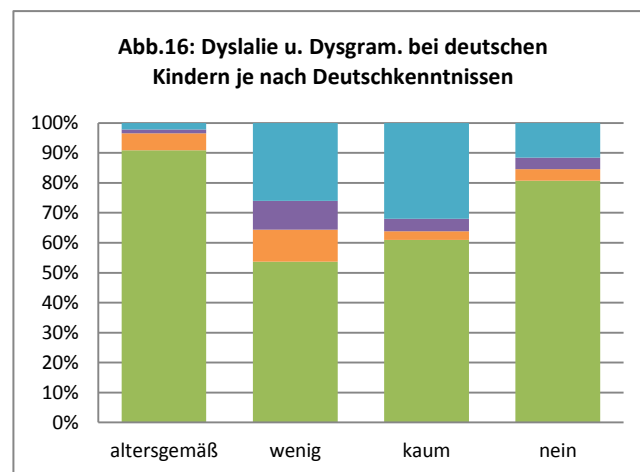


5.2.4. Zusammenhang zwischen Deutschkenntnissen und Sprachentwicklungsstörungen

Insgesamt konnte (mit einer Signifikanz von $p < 0,001$) ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Risiko für Dyslalie und Dysgrammatismus und nicht-altersgemäßen Deutschkenntnissen gefunden werden. Dies wurde besonders bei den deutschen Kindern deutlich, da hier eine Verzerrung durch mangelnde Kenntnis der deutschen Sprache als Ursache ausgeschlossen werden konnte. Aus diesem Grund wurde sich in der folgenden Auswertung ausschließlich auf Kinder mit Deutsch als einzige Muttersprache konzentriert.

Sieht man sich die Häufigkeiten von Dyslalie und Dysgrammatismus an, so fallen beachtliche Unterschiede zwischen den *altersgemäß* deutschsprechenden Kindern und jenen mit mangelnden Deutschkenntnissen auf. Wo erstere zu 90,8% keine Dyslalie oder Dysgrammatismus aufwiesen, war dies bei *wenig* oder *kaum* deutschsprechenden Kindern nur noch bei etwas mehr als der Hälfte der Fall. Auffallend waren auch die mit 26% bzw. 32% hohen Fallzahlen einer kombinierten Sprach-/Sprechstörung bei *wenig* bzw. *kaum* Deutschkenntnissen.

In der Kategorie „Spricht kein Deutsch“ („*nein*“) wurden wiederum seltener Angaben zu bestehender Dyslalie und Dysgrammatismus gemacht. Hierbei handelte es sich jedoch mit 26 von 7605 deutschen Kindern (0,3%) um eine sehr kleine Fallzahl.



5.3. Risikofaktor Multi- vs. Monolingualität

5.3.1. Einfluss von Mehrsprachigkeit auf Deutschfähigkeiten

Vergleicht man die Deutschfähigkeiten deutscher Kinder mit denen von Kindern mit Migrationshintergrund, so kann man bedeutende Unterschiede erkennen. Wo deutsche Kinder zu 87,7% *altersentsprechend* Deutsch sprachen, wiesen Kinder mit Deutsch und einer weiteren Muttersprache in 62,4% und Kinder mit zwei oder drei zusätzlichen Muttersprachen sogar nur in 45,8% *altersgemäße* Deutschkenntnisse auf.

Abzugrenzen sind hiervon die Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache. Deren Deutschkenntnisse konnten nur in 14,2% der Fälle als *altersentsprechend* eingeschätzt werden, was in diesem Fall jedoch nicht als reduzierte Sprachkenntnis zu werten ist, da – um eine aussagekräftige Aussage zur Sprachentwicklung machen zu können – die Muttersprache hätte erfasst werden müssen.

Um Unklarheiten in der Definition „Muttersprache“ zu vermeiden, sollte zusätzlich berücksichtigt werden, wieviel Deutsch tatsächlich in der Familie gesprochen wird. Im Fragebogen gab es hierfür die Rubrik „Deutsch in Familie gesprochen“. Hier konnte, analog zu den Deutschkenntnissen der Kinder, zwischen den vier Stufen *ja*, *wenig*, *kaum* und *nein* unterschieden werden.

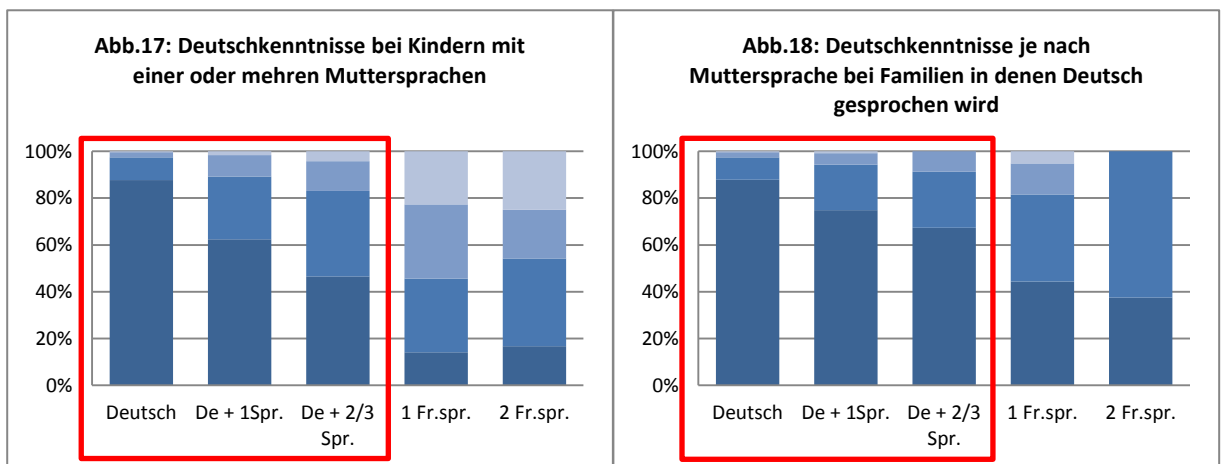
Dies beachtend konnte jedoch nicht immer bestätigt werden, dass in den Familien, bei denen Deutsch als Muttersprache angegeben wurde, auch tatsächlich Deutsch in der Familie gesprochen wurde. Umgekehrt wurde in einigen Familien Deutsch gesprochen, jedoch nicht als Muttersprache angegeben. Zieht man nur Familien in Betracht, in denen Deutsch gesprochen wird („Deutsch in Familie gesprochen“ mit „Ja“ beantwortet) und gleichzeitig Deutsch als Muttersprache angegeben wurde, so kommt man zu einem deutlich besseren Ergebnis. Trotzdem bleibt das Ergebnis der Kinder mit Migrationshintergrund mit 74,9% *altersentsprechenden* Deutschkenntnissen weiterhin deutlich unter dem Wert der deutschen Kinder.

Um Verzerrungen zu vermeiden, beziehen sich die folgenden Daten weiterhin auf Kinder mit deutscher Muttersprache, in deren Familie Deutsch gesprochen wird („Ja“).

Beim Vergleich der Deutschkenntnisse von multilingual aufwachsenden Kindern wiesen jene mit – neben Deutsch – nur einer zusätzlichen Muttersprache durchschnittlich bessere Deutschkenntnisse auf, als Kinder, die mit zwei oder drei zusätzlichen Muttersprachen aufwuchsen. Dementsprechend sprachen erstere in

74,9% *altersentsprechend*, in 19,4% *wenig* und in lediglich 4,9% *kaum* Deutsch, gegenüber letzteren mit 67,4% bzw. 23,9% und 8,7%.

Dieser Zusammenhang von abnehmenden Deutschkenntnissen bei zunehmenden Muttersprachen (inklusive Deutsch) konnte auf einem Signifikanzlevel von $p=0,001$ nachgewiesen werden.



5.3.2. Einfluss von Mehrsprachigkeit auf die Grammatik und die phonologische Sprache

Insgesamt konnten hinsichtlich der Grammatik und dem Vorliegen einer Dyslalie zwischen Kindern mit einer oder mehreren Muttersprachen nur geringe Unterschiede gefunden werden.

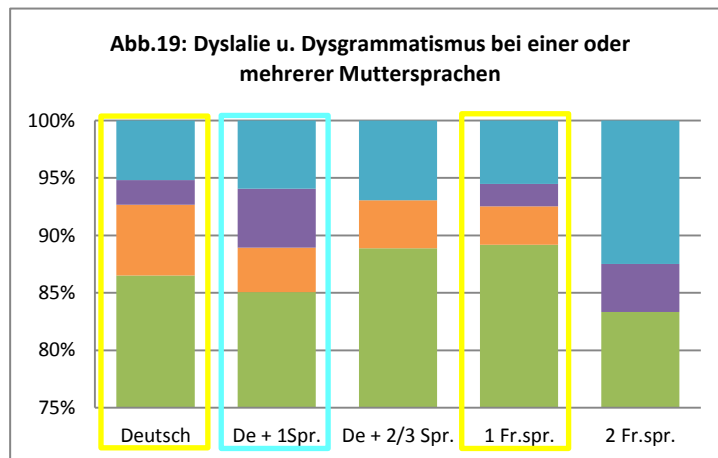
Zur besseren Beurteilung, und um Verzerrungen zu vermeiden, werden im Folgenden nur die Muttersprachen mit hoher Fallzahl (Deutsch, Deutsch und eine weitere Sprache, eine nicht-deutsche Sprache) miteinander verglichen.

Hier wird deutlich, dass die einsprachig aufwachsenden Kinder unabhängig von der jeweiligen Muttersprache (nur Deutsch oder nur eine nicht-deutsche Muttersprache) mit ca. 7% in etwa gleich oft einen Dysgrammatismus aufwiesen, wohingegen mehrsprachige Kinder – mit ca. 11% - signifikant häufiger ($p<0,001$) eine dysgrammatische Sprachentwicklung zeigten.

Hinsichtlich dem Vorliegen einer Dyslalie konnte hingegen kein Zusammenhang zwischen Mehrsprachigkeit und vermehrter Dyslalie ausgemacht werden ($p=0,47$). So konnte mit 11,3% eine Dyslalie am häufigsten bei deutschen Kindern gefunden

werden. Bei bilingualen Kindern inklusive deutscher Muttersprache diagnostizierte man in 9,8% der Fälle und bei monolingual nicht-deutschsprachigen Kindern in 9,0% der Fälle eine Dyslalie.

Desgleichen konnte die Kombination aus Dysgrammatismus und Dyslalie in diesen Kategorien etwa mit der gleichen Häufigkeit – von rund 5% – beobachtet werden ($p=0,186$).



5.4. Auswirkungen der Sprachfamilienzugehörigkeit der Muttersprache auf die Deutschkenntnisse

Um der Frage nachzugehen, ob der linguistische Verwandtschaftsgrad der Muttersprachen Einfluss auf das Erlernen zweier Sprachen hat, wurden sowohl die Deutschkenntnisse als auch die Grammatik und phonologische Sprache von Kindern miteinander verglichen, die mit zwei Muttersprachen aufwachsen. Hierfür wurden alle Kinder, die – neben Deutsch – noch genau eine weitere Muttersprache angaben (mit der Bedingung, dass mindestens fünf Kinder mit dieser Sprachkombination vorlagen), in mehrere Gruppen unterteilt, je nachdem wie weit sich die weitere Muttersprache hinsichtlich ihrer Sprachfamilie vom Deutschen unterschied.

So ist Deutsch eine indogermanische, germanische, westgermanische Sprache. Der gleichen Sprachfamilie sowie den gleichen Untergruppen gehört auch Englisch an, weshalb die Kinder mit den Muttersprachen Deutsch-Englisch in der Auswertung eine eigene Gruppe bilden. Wie Deutsch und Englisch gehören noch weitere

Sprachen zur indogermanischen Sprachfamilie. Hier wurden zwei weitere Gruppen gebildet. Einerseits die Kombination Deutsch mit einer italischen Sprache: Französisch, Italienisch, Spanisch, Rumänisch oder Portugiesisch. Andererseits mit einer slawischen oder iranischen Sprache, welche zwar wie die italischen Sprachen, der indogermanischen Sprachfamilie angehören, sich jedoch deutlich von diesen unterscheiden. Als letzte große Gruppe wurde die Kombination Deutsch mit einer nicht-indogermanischen Sprache zusammengefasst, welche verschiedene Sprachfamilien beinhaltet und sich somit sehr heterogen darstellt.¹⁵¹

Sprachfamilien	Untergruppen		
indogermanisch	germanisch	westgermanisch	Englisch, Deutsch
	italisch	romanisch	Französisch, Rumänisch
		iberoromanisch	Spanisch, Portugiesisch
		italoromanisch	Italienisch
	slawisch	ostslawisch	Russisch
		lechisch	Polnisch
		südslawisch	Bulgarisch, Serbisch, Kroatisch
iranisch	westiranisch	Albanisch	
	nordwestiranisch	Kurdisch	
Turksprache	oghusisch		Türkisch
uralisch			Ungarisch
afroasiatisch	semitisch		Arabisch
Thaisprache			Thai
austroasiatisch			Vietnamesisch
sinotibetisch			Chinesisch
dravidisch			Tamilisch

Tab.3: Sprachfamilienzugehörigkeit

Kinder mit deutscher und englischer Muttersprache wiesen zu 82,1% *altersentsprechend* Deutsch auf und schnitten somit am besten ab. Mit 78,3%

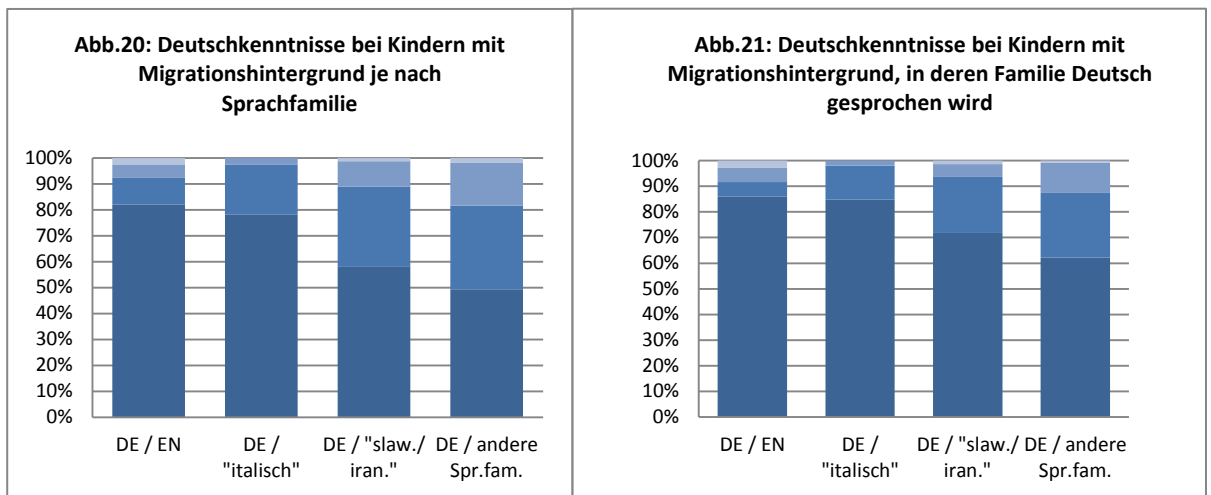
¹⁵¹ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Sprachfamilien_der_Welt

fanden sich fast gleich gute Ergebnisse bei Kindern mit einer Muttersprachenkombination Deutsch-italische Sprache. Bei einer deutsch-slawischen bzw. deutsch-iranischen Sprachkombination konnten hingegen nur 57,8% *altersgemäße* Deutschkenntnisse erhoben werden und mit 49,4% sprach nur noch ungefähr die Hälfte der Kinder mit den Muttersprachen Deutsch und einer nicht-indogermanischen Sprache *altersentsprechend* Deutsch.

Um das Problem zu umgehen, dass Deutsch als Muttersprache zwar angegeben wurde, man jedoch in der Familie nur *wenig*, *kaum* oder gar *kein* Deutsch sprach, wurden diese Kinder in einer zweiten Analyse ausgeschlossen und somit nur die Kinder berücksichtigt, bei denen auch tatsächlich Deutsch in der Familie gesprochen wurde („in der Familie Deutsch gesprochen“ mit „Ja“ beantwortet). Obwohl hier deutlich weniger große Unterschiede hinsichtlich der Deutschkenntnisse beobachtet werden konnten, fand sich weiterhin ein Zusammenhang mit hoher Signifikanz ($p < 0,001$) zwischen schlechteren Deutschkenntnissen und zunehmender Entfernung der linguistischen Verwandtschaft der beiden Muttersprachen.

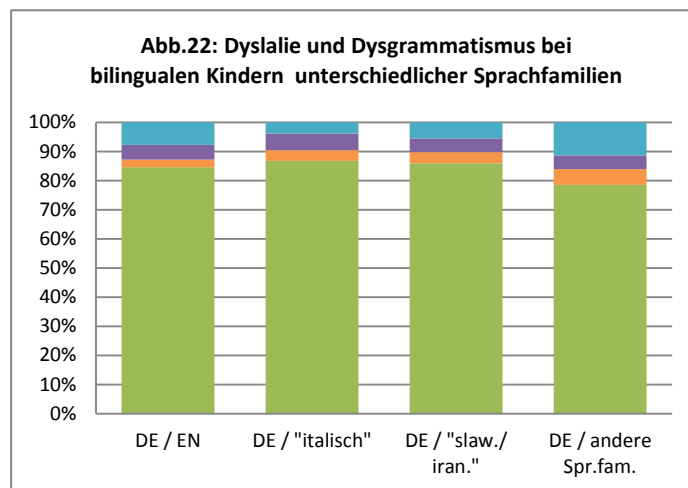
So fielen vor allem Kinder mit deutsch-iranischer und deutsch-slawischer Muttersprache mit 71,8% immer noch deutlich gegenüber den Kindern mit deutsch-italischer Muttersprache ab ($p < 0,001$). Diese unterschieden sich mit 84,9% *altersentsprechenden* Deutschkenntnissen nämlich fast nicht mehr von den deutsch-englisch sprechenden Kindern (86,1%). Am häufigsten mit nur 62,2% *altersentsprechenden* Deutschkenntnissen konnte man weiterhin Probleme bei den Kindern mit Muttersprachen aus zwei unterschiedlichen Sprachfamilien feststellen.

Neben den *altersgemäß* Deutsch sprechenden Kindern fand man vor allem *wenig* Deutsch sprechende Kinder. So sprachen Deutsch-Englisch aufwachsende Kinder in 5,6% *wenig* Deutsch, bei den Kindern mit einer deutsch-italischen Sprachkombination waren es 13,1% und mit einer deutsch-slawisch/iranischer Muttersprache 21,9% *wenig* Deutschkenntnisse. Letztendlich wiesen Kinder mit – neben Deutsch – einer nicht-indogermanischen Sprache zu etwa einem Viertel (25,2%) *wenig* Deutschkenntnisse auf. Kinder mit *kaum* bzw. *keinen* Deutschkenntnissen waren insgesamt selten vertreten: so machten sie bei den indogermanischen Sprachen jeweils unter 10% und auch bei den anderen Sprachfamilien nur 12,6% aus.



Analog zu den vorherigen Untersuchungen konnten im Hinblick auf Sprachentwicklungsstörungen keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Muttersprachen erfasst werden.

Lediglich die Kinder mit Muttersprachen aus zwei unterschiedlichen Sprachfamilien (Deutsch und einer nicht-indogermanischen Sprache) zeigten signifikant häufiger ($p=0,007$) eine kombinierte Sprach-/Sprechstörung gegenüber den Kindern mit zwei indogermanischen Muttersprachen.



5.5. Planung zur Aufnahme in einen deutschen Kindergarten

Die Fragestellung, ob die Aufnahme in einen deutschen Kindergarten vorgesehen ist, wurde mit 98,6% von fast allen Eltern bejaht.

Somit würden lediglich 146 von 10.096 Kindern keinen deutschen Kindergarten besuchen. Hierbei handelte es sich um 68 deutsche und 78 ausländische Kinder, bzw. Kinder mit Migrationshintergrund. Jedoch wurde bei lediglich 9 dieser Kinder eine Erklärung geliefert, wobei ein türkisches Kind etwas später in den Kindergarten kommen sollte und alle anderen Kinder ganz - oder die meiste Zeit - im Ausland wohnten bzw. dorthin ziehen würden.

Die Häufigkeit der Sprachkenntnisse der deutschen Kinder, die einen Kindergarten besuchen würden, entsprach nahezu der Gesamtverteilung der Deutschkenntnisse aller deutschen Kinder. Im Gegensatz dazu fanden sich bei lediglich rund einem Drittel der Kinder mit Migrationshintergrund und der ausländischen Kinder, die einen deutschen Kindergarten besuchen würden, *altersentsprechende* Deutschkenntnisse. Weiterhin beherrschten 30,3% der Kinder die deutsche Sprache nur *wenig*, 22,1% der Kinder sprachen *kaum* und 13,6% sogar *kein* Deutsch.

Abb.23: Deutschkenntnisse der deutschen Kinder bei denen die Aufnahme in einen deutschen KiGa vorgesehen ist

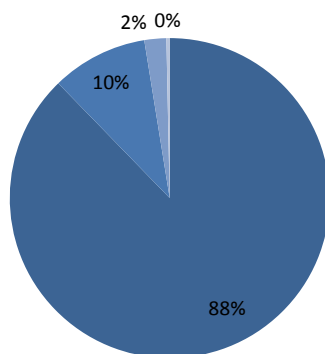
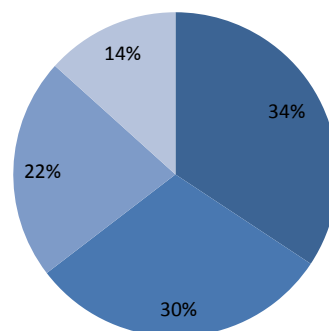


Abb.24: Deutschkenntnisse der ausländischen K. und K. mit Migrationshintergrund bei denen die Aufnahme in einen deutschen KiGa vorgesehen ist



6. DISKUSSION

6.1. Teilnahme am Sprachscreening

Von den 14.530 angeschriebenen Kindern nahmen insgesamt 74,3% am Sprachscreening teil. Demnach war etwa ein Viertel der Eltern dreijähriger Kinder nicht mit der Teilnahme ihrer Kinder am Sprachscreening einverstanden. Trotzdem kann durch die sehr große Stichprobe und die Teilnahme von über Zehntausend Kindern auf ein ausgeglichenes Bild der Sprachentwicklung Dreijähriger im Saarland geschlossen werden.

Von den 10.096 in der Auswertung erfassten Kindern wuchsen 75% exklusiv mit deutscher Muttersprache auf. Im bundesweiten Vergleich zeigt sich dies als hoher Wert, da laut den Zahlen des statistischen Bundesamtes 34,5% aller Kinder in Deutschland unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund besitzen.¹⁵²

Bei weiteren 10% der Kinder wurde Deutsch als zusätzliche Muttersprache neben einer oder mehreren anderen Muttersprachen angegeben. Hierbei wurde am häufigsten Russisch gefolgt von Italienisch und Französisch genannt.

Nur 15% der Dreijährigen wuchsen ohne deutsche Muttersprache auf: Hier sprachen die Kinder am häufigsten Russisch dicht gefolgt von Türkisch. Darüber hinaus konnte man feststellen, dass Kinder mit russischem (61%) und mit türkischem Migrationshintergrund (88%) häufiger einsprachig nicht-deutsch als zweisprachig mit inklusive deutscher Muttersprache aufwuchsen. Die gegensätzliche Situation stellte sich bei den Kindern mit Migrationshintergrund aus dem italienischen Sprachraum dar: sie sprachen vermehrt beide Sprachen.

Dieses Phänomen kann einerseits mit der „Kontrastivhypothese“¹⁵³ erklärt werden. Diese besagt, dass sich das Erlernen von Sprachen, die der gleichen Sprachfamilie (Deutsch – Russisch / Deutsch – Italienisch) angehören, einfacher gestaltet als das Erlernen von Sprachen aus unterschiedlichen Sprachfamilien (Deutsch – Türkisch).

¹⁵² Vgl. Statistisches Bundesamt (2014) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit- Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Wiesbaden. p.8.

¹⁵³ S. Jeuk (2010) p.31.

Andererseits lässt es sich aber auch mit der Migrationsgeschichte Deutschlands erklären: So gab es im Jahre 1955 erst ein Anwerbeabkommen mit Italien, wodurch viele italienische Gastarbeiter nach Deutschland kamen. Türkische Einwanderer wanderten etwas später ein, nachdem Deutschland im Jahre 1961 ein Anwerbeabkommen mit der Türkei abgeschlossen hatte. Erst 1990, nach der Öffnung des Eisernen Vorhanges, kamen viele Aussiedler aus Polen, Rumänien und der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland. Diese Einwanderungswelle vor allem aus der ehemaligen Sowjetunion stieg stetig an, bevor sie nach 1996 wieder abflachte. So kann man davon ausgehen, dass die Familien mit italienischem Migrationshintergrund – vor allem gegenüber den russisch-sprechenden Familien – schon seit mehreren Generationen in Deutschland leben und sich schon besser integrieren konnten. Entsprechend sind hier oft bereits mehrere Generationen in Deutschland geboren und zur Schule gegangen, sodass sie neben dem Italienischen auch dem Deutschen mächtig sind.¹⁵⁴

2006/07 wurden die Sprachkenntnisse in den Migrationsfamilien untersucht. Hier wurden etwa 65% der italienischen gegenüber knapp 50% der türkischen Haushalte als mehrsprachig eingeschätzt (sowohl die Herkunftssprache als auch Deutsch wurden *gut* oder *sehr gut* beherrscht). Zudem konnten hinsichtlich des Sprechens, Verstehens, Lesens und Schreibens der deutschen Sprache signifikant bessere Ergebnisse der italienischen gegenüber den türkischen Einwohnern festgestellt werden. Den größten Nachholbedarf fand man bei türkischen Frauen, wobei vor allem ältere türkische Frauen weder in ihrem Herkunftsland noch in Deutschland eine Schule besucht hatten.¹⁵⁵

6.2. Häufigkeit der Sprachstörungen

Rund 75% der getesteten Dreijährigen sprachen altersentsprechend Deutsch. Was auf den ersten Blick nach einem sehr hohen Wert aussieht, bedeutet jedoch, dass 2580 Kinder (und damit etwa jedes vierte dreijährige Kind) im Saarland nicht altersgemäß Deutsch sprechen. Sieht man sich gesondert die Kinder mit Migrationshintergrund an, erkennt man, dass nur bei jedem dritten Kind (34%)

¹⁵⁴ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2012) Geschichte der Zuwanderung nach Deutschland nach 1950; Dossier: Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde.

¹⁵⁵ S. Haug (2008) Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. Working Paper 14 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Integrationsreport, Teil 2, Referat 220.

altersgemäße Deutschkenntnisse vorhanden sind. Bei ausländischen Kindern sprachen sogar nur 13% der Dreijährigen altersentsprechend Deutsch.

Vergleichbare Ergebnisse konnten in Berlin im Herbst 2006 bei Kindern vor Schuleintritt erhoben werden. Auch hier stellte man bei 24,1% der Kinder ein Förderungsbedarf der Sprache fest. Bei den deutschen Kindern waren nur 11,1% betroffen gegenüber 54,4% der Kinder mit nicht-deutscher Herkunft.

Auch in Hamburg wurde 2005 die Deutschkompetenz von schulpflichtigen Kindern untersucht. Hier stellte man bei rund 20% aller Kinder Defizite der deutschen Sprache fest. Es waren jedoch nur knapp 4% der einsprachig-deutschen Kinder betroffen gegenüber 51% der zweisprachig aufwachsenden Kinder mit Migrationshintergrund.¹⁵⁶

6.2.1. Geschlechterunterschiede

Die Feststellung besserer Ergebnisse der Mädchen im Vergleich zu den Jungen, sowohl die allgemeinen Deutschkenntnisse als auch das Vorliegen einer Dyslalie oder eines Dysgrammatismus betreffend, deckt sich mit den meisten anderen diesbezüglichen Studien. Beispielsweise konnte bei der Schuleingangsuntersuchung im Saarland im Jahre 2004 ein überwiegend männlicher Anteil Betroffener (61%) mit Sprachentwicklungsstörungen festgestellt werden.¹⁵⁷ So spricht W. von Suchodoletz sogar von einer etwa doppelten Prävalenz bei den Jungen¹⁵⁸ und H. Grimm geht noch weiter, indem sie ein 3:1 Verhältnis in Richtung der Jungen annimmt.¹⁵⁹

Interessant ist hingegen eine amerikanische Studie aus dem Jahre 1986, die eine umgekehrte Geschlechterverteilung ausmachen konnte. Zudem stellten diese bei Jungen häufiger nur Sprechprobleme fest, während Mädchen vermehrt unter Sprach- und Sprechstörungen litten.¹⁶⁰

Auch eine Studie von H. Grimm im Jahr 2003 konnte die bessere Sprachkompetenz der Mädchen gegenüber der der Jungen nicht belegen und geht davon aus, dass bei sehr kleinen Kindern durchaus ein Unterschied bestehen kann, dieser jedoch bis

¹⁵⁶ Vgl. ebd. p.18f.

¹⁵⁷ Vgl. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (2005) p.42.

¹⁵⁸ Vgl. W von Suchodoletz (2012) p.16.

¹⁵⁹ Vgl. H. Grimm (2003) (a) p.168.

¹⁶⁰ Vgl. J.H. Beitchman, R. Nair, M. Clegg, P.G. Patel(1986) Prevalence of Speech and Language Disorders in 5-Year-Old Kindergarten Children in the Ottawa-Carleton Region. Journal of Speech and Hearing Disorders. 51:98-110.

zum dritten Lebensjahr ausgeglichen sein sollte. Allerdings muss betont werden, dass hier mit 1395 Kindern eine deutlich kleinere Stichprobe als im Sprachscreening untersucht wurde und es sich dabei um Kinder zwischen 4,0 und 5,11 Jahren – also etwas ältere Kinder – handelte.¹⁶¹

6.2.2. Auftreten der Kinder

Auffallend war die starke Relation zwischen dem Auftreten der Kinder und ihrer Sprachfähigkeit. So traten Kinder mit *altersgemäßen* Deutschkenntnissen sicherer auf als Kinder mit mangelnden Deutschfähigkeiten. Ebenso konnte man bei unsicheren Kindern häufiger das Vorliegen einer Dyslalie, eines Dysgrammatismus sowie einer kombinierten Sprach-/Sprechstörung feststellen. Weiterhin fiel auf, dass die dysgrammatisch sprechenden Kinder, verglichen mit den stammelnden Kindern, noch einmal ein deutlich unsichereres Verhalten aufzeigten. Dies ist vermutlich dadurch zu erklären, dass das alleinige Vorliegen einer Dyslalie bei Dreijährigen durchaus noch als physiologisch anzusehen ist, ein pathologischer Dysgrammatismus jedoch auf schwerwiegendere Sprachprobleme hindeuten kann.

Dieser Zusammenhang, dass sich Sprachstörungen und soziale Kompetenzen gegenseitig beeinflussen, konnte auch schon W. von Suchodoletz in einer Studie beobachtet. So sind Kinder mit Sprachstörungen oft schüchterner als Gleichaltrige ohne sprachliche Probleme, was dazu führt, dass die betroffenen Kinder häufiger Probleme haben, sich sozial zu integrieren und Freundschaften zu schließen, wodurch sie in der Folge vermehrt ausgegrenzt werden. Dies wiederum führt zu weniger Kommunikation und kann so einen weiteren Rückstand der Sprachentwicklung verursachen.¹⁶²

6.3. Sprachverzögerungen und Sprachstörungen

Es ist wichtig zwischen einer einfachen Sprachverzögerung und einer Sprachentwicklungsstörung zu unterscheiden.

¹⁶¹ Vgl. H. Grimm (2003) (b) Wie viele Vorschulkinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung? Bedarfsanalyse am Beispiel der Stadt Bielefeld. Pressemitteilung der Universität Bielefeld.

¹⁶² Vgl. W. von Suchodoletz (2004) p.171.

Dementsprechend weisen Kinder mit nicht-altersentsprechenden Deutschkenntnissen - ohne begleitende Dyslalie oder Dysgrammatismus - zunächst nur eine Sprachverzögerung auf. Hier muss man wiederum differenzieren zwischen deutschen und nicht-deutschen Kindern. So ist bei letzteren häufig die mangelnde Anregung oder der fehlende Kontakt zur deutschen Sprache ursächlich für schlechtere Deutschkenntnisse. Für ausländische Kinder hätte in diesem Punkt demzufolge die Sprachfähigkeit ihrer Muttersprache abgefragt werden sollen, um Verzerrungen zu vermeiden und eine allgemeine Sprachverzögerung besser diagnostizieren zu können. Gleiches zeigt sich bei Kindern mit Migrationshintergrund: Hier wäre es sinnvoll gewesen, nach mangelnden Sprachkenntnissen in beiden Muttersprachen zu fragen. Bei deutschen Kindern hingegen kann man bei reduzierten Deutschkenntnissen von einer echten Sprachverzögerung ausgehen.

Von einer Sprachentwicklungsstörung spricht man beim Vorliegen einer Dyslalie oder eines Dysgrammatismus. Anders als bei der Erfassung der Deutschkenntnisse wurde sich hierbei auf die Muttersprache(n) der Kinder berufen. Dadurch kam es zu keiner Verzerrung der Ergebnisse, sodass alle Kinder in der Auswertung dieser Punkte erfasst werden konnten.

6.3.1. Sprachkenntnisse der deutschen Kinder

Zur Beurteilung der Deutschkenntnisse wurde sich auf deutsche Kinder fokussiert. Hier konnte bei 936 deutschen Kindern eine Sprachverzögerung festgestellt werden, was einer Prävalenz von etwa 12% entspricht. Da diese Kinder besondere Gefahr laufen, eine Sprachentwicklungsstörung zu entwickeln, sollte verstärkt auf eine zusätzliche Dyslalie oder Grammatikstörung geachtet und mögliche Ursachen abgeklärt werden. Lässt man die deutschen Kinder, die *kein* Deutsch sprechen, wegen der vergleichsweise sehr niedrigen und somit wenig aussagekräftigen Fallzahl außer Acht, so konnte dieser Zusammenhang auch bestätigt werden: Je schlechter die Kinder Deutsch sprachen, desto höher war die Wahrscheinlichkeit einer Dyslalie, eines Dysgrammatismus oder gar einer kombinierten Sprach-/Sprechstörung.

So können diese Kinder – mit Defiziten in mehreren Bereichen der Sprachentwicklung – als tatsächlich sprachdefizitär betrachtet werden und haben das größte Risiko, später schulische Probleme auszubilden. Hingegen werden

Kinder, die in nur einem Bereich der Sprachentwicklung Störungen aufweisen, als Verdachtskinder bezeichnet.¹⁶³ Im Beurteilungsbogen wurde jedoch nur für lediglich 16 der betroffenen Kindern (1,7%) eine mögliche Ursache hierfür angegeben, wobei am häufigsten der Verdacht einer Hörstörung angegeben wurde.

6.3.2. Dyslalie und Dysgrammatismus

Im Screening wiesen 7,5% der getesteten Kinder einen Dysgrammatismus auf, was in etwa den Zahlen entspricht, die auch in der Literatur zu finden sind. Hier wird die Prävalenz für Dysgrammatismus im Allgemeinen zwischen 6% und 8% angegeben.¹⁶⁴

Demgegenüber wurde eine Dyslalie mit 10,7% insgesamt etwas häufiger diagnostiziert. In der Literatur wird die Prävalenz einer pathologischen Dyslalie bei Fünfjährigen mit etwa 5-8% angegeben. Angaben zur allgemeinen Häufigkeit einer Dyslalie bei Dreijährigen sind jedoch schwieriger zu machen, da zu diesem Zeitpunkt eine Dyslalie noch als physiologisch angesehen werden kann. Erst wenn mit etwa vier Jahren weiterhin eine Dyslalie besteht, ist diese als pathologisch anzusehen.¹⁶⁵ Deshalb ist hier eine höhere Prävalenz an Dyslalien bei Dreijährigen durchaus vertretbar und allenfalls bei Fortbestehen als Risikofaktor für eine Sprachentwicklungsstörung zu werten.

Weiterhin wiesen 5,2% der Kinder sowohl eine Dyslalie als auch ein Dysgrammatismus sowie 3,2% der betroffenen deutschen Kinder zusätzlich unterdurchschnittliche Deutschkenntnisse auf. Ähnliche Resultate konnten 2004 im Saarland bei der Einschulungsuntersuchung festgestellt werden: Hier diagnostizierte man bei etwa 4,5% der Kinder eine kombinierte Sprach-/Sprechstörung.¹⁶⁶

2003 publizierte H. Grimm eine, der hier vorliegenden Arbeit vergleichbare Studie. Hier wurden 1395 Kinder im Alter zwischen 4 Jahren und 5 11/12 Jahren auf ihre Sprachkompetenz hin untersucht. Die Kinder waren also etwas älter als in dieser Studie. Die Sprachfähigkeiten der Untersuchten wurden in die Kategorien „unauffällig“, „Defizite im syntaktischen Bereich“, „Defizite im phonologischen Bereich“ und „Defizite im phonologischen und syntaktischen Bereich“ unterteilt. Hier

¹⁶³ Vgl. H. Grimm (2003) (b)

¹⁶⁴ Vgl. ebd.

¹⁶⁵ Vgl. J.M. Fegert, C. Eggers, F. Resch (eds) (2012) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2nd. ed. Springer, Berlin-Heidelberg. p.838.

¹⁶⁶ Vgl. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (2005) p.42.

wurde jedoch nur bei 59,9% aller Kinder und bei 70,5% der deutschsprachigen Kinder eine unauffällige Sprachentwicklung gefunden. Es konnten also deutliche Unterschiede zwischen deutschen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund festgestellt werden. Doch auch bei den deutschen Kindern fand man deutlich schlechtere Ergebnisse. 10,4% dieser Kinder präsentierten phonologische, 9,4% syntaktische Defizite und weitere 9,7% eine kombinierte phonologisch-syntaktische Störung.¹⁶⁷

Hier ist jedoch nicht sicher geklärt, ob es in dieser Studie nicht zu einer Verzerrung durch eine Nichtbeachtung der Muttersprache gekommen sein könnte. So ist beispielsweise nicht feststellbar, ob sich bei fremdsprachigen Kindern auf die Muttersprache der Kinder konzentriert worden ist oder ob man nur die deutsche Sprachfähigkeit untersuchte.

Im Sprachscreening für Dreijährige wurde nämlich darauf geachtet, dass phonologische und grammatikalische Probleme auch in der Muttersprache vorlagen und es konnten keine Unterschiede der Sprachentwicklung sowohl hinsichtlich eines Dysgrammatismus als auch einer Dyslalie zwischen deutschen Kindern und allen Kindern gefunden werden.

Zudem ist die Zahl der untersuchten Kinder dieser Studie im Vergleich zu der hier vorliegenden viel kleiner, was wiederum zu Verzerrungen beigetragen haben könnte.

6.3.3. Ärztliche Empfehlungen

Hinsichtlich der ärztlichen Empfehlungen ist folgendes anzumerken: Je schwerwiegender die Verzögerung der Deutschkenntnisse war, desto häufiger wurde eine Maßnahme ergriffen. Entsprechend wurden bei *altersgemäß* sprechenden Kindern meist keine weiteren Maßnahmen empfohlen.

Bei Kindern mit *wenig* Deutschkenntnissen wurde in rund 40% ein Abwarten mit Nachkontrolle bei der U8 empfohlen. Dass diese Vorgehensweise bei Kindern mit nur leichten Defiziten durchaus sinnvoll sein kann, konnte auch in einer Studie von M. Glogowska et al. bestätigt werden: Hier wurde die Sprachentwicklung bei dreieinhalbjährigen einsprachigen Kindern mit einer leichten Sprachverzögerungen ein Jahr lang untersucht. Zur besseren Beurteilung wurden die Kinder in zwei Gruppen eingeteilt: die Sprachentwicklung einer Gruppe wurde nur beobachtet,

¹⁶⁷ Vgl. H. Grimm (2003) (b)

wohingegen die Kontrollgruppe sprachtherapeutisch behandelt wurde. Ein Jahr später wurde die Sprachentwicklung beider Gruppen nachkontrolliert und miteinander verglichen: Dabei konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden.¹⁶⁸

Zudem konnte gezeigt werden, dass bei Dreijährigen – wenn auch weniger als im Alter von zwei Jahren – immer noch Unterschiede in der Sprachentwicklung bestehen, die im Laufe der Entwicklung aufgenommen werden können. So geht man davon aus, dass sich die Sprachfähigkeit der „late-talkers“ bis zum dritten Lebensjahr in etwa 40% der Fälle normalisiert hat und weitere 15% der Kinder noch ein Jahr länger brauchen.¹⁶⁹

Eine logopädische Therapie wurde – neben den dysgrammatisch sprechenden Kindern – vor allem jenen mit *kaum* oder *keinen* Deutschkenntnissen angeraten. Insgesamt wurde eine logopädische Therapie jedoch nur 410 Kindern, also etwa 5% aller Kinder, empfohlen.

Dies ist laut einer Schweizer logopädischen Prävalenzstudie jedoch deutlich zu wenig. Diese geht nämlich davon aus, dass etwa 15% der Dreijährigen eine logopädische Therapie benötigen.¹⁷⁰

Bei Kindern, die eine Dyslalie aufwiesen, wurde am häufigsten (in rund 60%) ein abwartendes Verhalten vorgeschlagen. Dies ist sinnvoll, da – wie bereits erwähnt – eine Dyslalie in diesem Alter durchaus noch als physiologisch anzusehen ist.¹⁷¹

Dahingegen riet man 60% der dysgrammatisch sprechenden Kinder zu einer Förderung zu Hause und in etwa 20% der Fälle zu einer logopädischen Therapie. Auch diese Förderung ist wichtig, da das Vorliegen eines pathologischen Dysgramatismus auf eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung hinweist, die frühestmöglich behandelt werden sollte, um mögliche negative Folgen abzuwenden.

¹⁶⁸ Vgl. M. Glogowska, S. Roulstone, P. Enderby, T.J. Peters (2000) Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. BMJ. 14;321(7266):923-6.

¹⁶⁹ Vgl. J. Steiner (2008) Prävalenz-Forschung: Zusammenfassung der Datenlage zu Sprachauffälligkeiten bei Kindern und Schlussfolgerungen für die Praxis, Abstrakt. p.13.

¹⁷⁰ Vgl. ebd. p.11.

¹⁷¹ Vgl. J.M. Fegert, C. Eggers, F. Resch (2012) p.838.

6.4. Mehrsprachigkeit als Risikofaktor?

Hinsichtlich der Vor- und Nachteile einer mehrsprachigen Erziehung sind die Meinungen in der Literatur zweigeteilt. Befürworter behaupten, dass eine multilinguale Erziehung im Normalfall nicht zu einer Überforderung führen sowie ohne zusätzliche Belastung keine Sprachstörung verursachen könnte. Vielmehr sind sie der Meinung, dass Mehrsprachigkeit eine positive Auswirkung auf die Gesamtentwicklung haben kann.¹⁷²

Andere Sprachwissenschaftler hingegen sind der Meinung, dass der simultane Erwerb mehrerer Sprachen einen negativen Einfluss auf die Aneignung beider Sprachen haben kann. Gerade bei schwächeren Kindern könnte dies im ungünstigsten Fall bis zu einer sogenannten „doppelten Halbsprachigkeit“ führen.¹⁷³

Im Screening konnte dies hinsichtlich der Deutschkenntnisse auch bestätigt werden: Hier fand sich eine deutliche Verschlechterung der Deutschkenntnisse in Relation mit der Anzahl der Muttersprachen (inklusive Deutsch). Dies war der Fall, obwohl – um Verzerrungen zu vermeiden – darauf geachtet wurde, dass in den Familien, in denen Deutsch als Muttersprache angegeben wurde, auch tatsächlich Deutsch gesprochen wurde.

Weiterhin fiel auf, dass bilingual aufwachsende Kinder im Vergleich zu einsprachigen Kindern signifikant häufiger grammatikalische Defizite aufwiesen. So zeigten sowohl die deutschen Kinder als auch jene, die mit einer nicht-deutschen Muttersprache aufwuchsen, eine bessere Grammatik als Kinder mit zwei Muttersprachen. Dies kann zumindest teilweise durch die Interferenz der beiden Sprachen erklärt werden. Hier fällt es schwer, unterschiedliche Sprachen auseinander zu halten, so dass unter anderem die Grammatiken zweier Sprachen vermischt werden.¹⁷⁴

Dahingegen waren keine signifikanten Unterschiede der phonologischen Sprache unter den Kindern mit einer oder mehr Muttersprachen zu finden.

Dennoch sollte beachtet werden, dass sich die sprachliche Entwicklung mehrsprachiger Kinder von der Sprache einsprachiger Kinder unterscheidet. So kann vor allem am Anfang des Spracherwerbs die Sprache mehrsprachig aufwachsender Kinder Ähnlichkeiten zur Sprache von Kindern mit einer spezifischen

¹⁷² Vgl. V. Triarchi-Herrmann (2002) Zur Förderung und Therapie der Sprache bei Mehrsprachigkeit. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, München. p.1.

¹⁷³ Vgl. G. Wirth (2000). p.168.

¹⁷⁴ Vgl. S. Jeuk (2010). p.43.

DISKUSSION - Einfluss der Sprachfamilienzugehörigkeit der Muttersprachen auf die Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit

Sprachentwicklungsstörung aufweisen. Diese Auffälligkeiten verschwinden jedoch wieder mit der Weiterentwicklung der Sprache. Nicht so bei Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen.¹⁷⁵

Zudem ist es bei Mehrsprachigkeit schwieriger zu unterscheiden, ob es sich bei Sprachstörungen wirklich um eine Sprachentwicklungsstörung handelt oder, ob lediglich eine mangelnde Anregung für die untersuchte Sprache besteht, wohingegen die Erstsprache korrekt gesprochen wird. Deswegen wäre es wichtig, bei Auffälligkeiten in einer Sprache auch eine Diagnostik der anderen Muttersprache zu veranlassen, um eine etwaige spezifische Sprachentwicklungsstörung – welche in beiden Sprachen vorkommen würde – nicht zu übersehen.¹⁷⁶

Schlussendlich lässt sich die These der „doppelten Halbsprachigkeit“ nicht eindeutig belegen. Ein Hinweis der dafür spricht, ist einerseits, dass Kinder mit Deutsch und einer weiteren Muttersprache (in deren Familien Deutsch gesprochen wurde) schlechtere Deutschkenntnisse aufwiesen als Kinder mit ausschließlich deutscher Muttersprache. Jedoch kann auch dieses Argument nicht sicher bewertet werden, da keine Angaben über die Sprachkenntnisse der anderen Muttersprache vorlagen.

Gegen diese These spricht andererseits, dass diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Dyslalie und lediglich geringe Unterschiede der Grammatik zwischen den einsprachig und den mehrsprachig aufwachsenden Kindern gefunden werden konnten. Somit konnte die Theorie der „doppelten Halbsprachigkeit“ im Sprachscreening nicht in jeder Hinsicht bestätigt werden, da zur eindeutigen Klärung weitere Informationen nötig wären.

6.5. Einfluss der Sprachfamilienzugehörigkeit der Muttersprachen auf die Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit

Bezüglich der Deutschkenntnisse konnte eine deutliche Tendenz erkannt werden, dass die Kinder umso besser Deutsch sprachen, je enger die nicht-deutsche Muttersprache mit dem Deutschen linguistisch verwandt war. Wenn auch etwas weniger ausgeprägt, war dieses Phänomen auch weiterhin zu beobachten,

¹⁷⁵ Vgl. E. Esen, T. Borde (ed) (2013) Deutschland und die Türkei – Band II Forschen, Lehren und Zusammenarbeit in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung. Siyasal Kitabevi, Ankara. p.312f.

¹⁷⁶ Vgl. ebd. p.312f.

DISKUSSION - Einfluss der Sprachfamilienzugehörigkeit der Muttersprachen auf die Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit

nachdem die Resultate durch die Einschränkung „In der Familie wird Deutsch gesprochen“ mit „Ja“ beantwortet, eingegrenzt wurden.

Trotzdem ist auffällig, dass Kinder mit deutsch-englischer Muttersprache nicht wesentlich besser Deutsch sprachen als Kinder mit Deutsch und einer italischen Muttersprache, obwohl Englisch näher mit dem Deutschen verwandt ist als die italischen Sprachen. Dahingegen fanden sich deutliche Unterschiede zu den Kindern mit deutsch-slawischer bzw. deutsch-iranischer Muttersprache. Sieht man sich den Familienstammbaum der Sprachen an, so erkennt man allerdings, dass – obwohl alle diese Sprachen der indogermanischen Familie angehören – Englisch zusätzlich zur gleichen Untergruppe wie Deutsch gehört, italische, slawische und iranische Sprachen hingegen jeweils eine eigene Untergruppe bilden und somit alle den gleichen Verwandtschaftsgrad zum Deutschen aufweisen.

Am schlechtesten schnitten die Kinder mit Muttersprachen aus unterschiedlichen Sprachfamilien ab. Sie zeigten nur in etwa der Hälfte, bzw. nach vorgenommener Eingrenzung in zwei Drittel der Fälle *altersgemäße* Deutschkenntnisse. Auch konnten vermehrt phonologische und grammatische Probleme festgestellt werden. Dies lässt sich einerseits anhand der „Kontrastivhypothese“¹⁷⁷ erklären, welche besagt, dass es einfacher ist, eine Sprache aus der gleichen Sprachfamilie als eine ganz neue Sprache, die einer anderen Sprachfamilie angehört, zu lernen. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass je ähnlicher die zweite Sprache der ersten ist, desto mehr Aspekte können hinsichtlich Satzstruktur, Vokabular und Grammatik übernommen werden.¹⁷⁸

Andererseits liefert A. Kracht eine auf Studien basierende Erklärung: So genießen Familien mit englischer oder italischer Muttersprache häufig eine höhere soziale Anerkennung in Deutschland und gehören meist einer besser gestellten sozialen Schicht an. Folglich werden sie besser integriert und finden eher Anschluss in der Gesellschaft. Familien aus dem slawischen oder iranischen Sprachraum sowie türkische und arabische Familien gehören oftmals einer sozial schwächeren Schicht an. Sie werden häufiger ausgegrenzt und leben in Gruppen zusammen, in denen alle die Sprache ihres Heimatlandes sprechen, sodass auch der Bedarf der

¹⁷⁷ S. Jeuk (2010). p.31. & Vgl. ebd. p.31.

¹⁷⁸ Vgl. S. Winkelbauer (2012) Förderung von Mehrsprachigkeitsbewusstheit angehender Fremdsprachenlehrer/innen. Wien. p.26-31.

DISKUSSION - Einfluss der Sprachfamilienzugehörigkeit der Muttersprachen auf die Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit

Beherrschung der deutschen Sprache geringer ist, da kein Anpassungsdruck besteht.¹⁷⁹

¹⁷⁹ Vgl. A. Kracht (2006) p.358f.

7. KRITIK

7.1. Positive Kritik

Durch die Integration des freiwilligen Sprachscreenings in die obligatorische U7a konnte eine große Anzahl an Kindern unterschiedlicher Muttersprachen erfasst werden. So kann davon ausgegangen werden, dass ein ausgeglichenes Bild der Sprachfähigkeiten dreijähriger Kinder des Saarlandes, jeder sozialen Schicht und Muttersprache, erfasst werden konnte.

Des Weiteren vereinbarte der Aufbau des Sprachscreenings mehrere positive Aspekte der Beurteilungsfähigkeit. So ergänzten sich der SBE-3-KT und die Beurteilung der Spontansprache der Kinder durch einen Arzt gegenseitig:

Beim SBE-3-KT handelt es sich um einen bewährten Kurztest, welcher speziell zur Sprachbeurteilung dreijähriger Kinder bei der U7a entwickelt wurde und der sich somit sehr gut für das Sprachscreening eignete. Zudem war die Entwicklung des Tests sehr aufwendig, indem in mehreren Schritten die am häufigsten gebrauchten Wörter sowie kurze Sätze von Kindern gesammelt und in Vorversionen erprobt wurden. Zur Überprüfung der Validität wurden die Ergebnisse dann sowohl mit bereits erprobten Sprachbeurteilungstests als auch mit der Beurteilung der Spontansprache durch Experten verglichen. Weiterhin konnte eine sehr gute innere Konsistenz für die Grammatikskala und eine sehr hohe Half-Split-Reliabilität gefunden werden.¹⁸⁰

Zusätzlich konnte durch die ärztliche Beobachtung die Spontansprache der Kinder beurteilt und auf mögliche Dyslalien hin untersucht werden. Durch den geschulten Kinderarzt der täglich viele Kinder jeder Altersstufen sieht und entsprechende Vergleiche ziehen kann, konnte so weiterhin eine objektive Beurteilung der Sprachfähigkeit der Dreijährigen gewonnen werden.

Weiterhin wurde im Beurteilungsbogen neben der Muttersprache der Kinder zusätzlich gefragt ob, und wenn ja wie viel in der Familie Deutsch gesprochen wird. Die Wichtigkeit dieser Frage zur Beurteilung der Deutschkenntnisse zeigten die

¹⁸⁰ Vgl. W. v. Suchodoletz, S. Kademann, S. Tippelt (2012)

Ergebnisse: So wurde zum Beispiel in mehreren Fällen zwar Deutsch als Muttersprache angegeben, die Frage, ob in der Familie Deutsch gesprochen werde, hingegen mit *kaum* oder *nein* beantwortet. Im Gegensatz dazu sprach man in einigen Familien Deutsch, obwohl Deutsch nicht als Muttersprache angegeben wurde.

Bezüglich der Sprachentwicklungsstörungen Dysgrammatismus und Dyslalie konnten keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Muttersprachen gefunden werden. Dies weist darauf hin, dass es zu keiner Verzerrung durch die Muttersprache gekommen ist, was auf die Beurteilung der grammatikalischen bzw. phonologischen Sprachentwicklung der Kinder in ihrer Muttersprache zurückzuführen ist. Entsprechend lässt sich auf eine gute Validität des Sprachscreenings schließen.

So zeigen sich die Ergebnisse des Sprachscreenings im Allgemeinen als verwertbar und mit den Daten aus der Literatur vergleichbar.

7.2. Negative Kritik

Zur Auswertung des Sprachscreenings sollten die beurteilenden Ärzte ihre Einschätzung zur Sprachentwicklung der Kinder in einem kurzen standardisierten Bogen ausfüllen. Dieser Beurteilungsbogen weist jedoch einige Schwachstellen auf:

Zum einen wird – mit Ausnahme des Risikofaktors der Fremdsprache oder der Mehrsprachigkeit – nicht konkret nach weiteren möglichen Risikofaktoren für eine Sprachstörung oder -verzögerung gefragt. So hätte hier beispielsweise explizit nach einer möglichen Hör- oder Sehstörung bzw. einer anderen Grunderkrankung gefragt werden können. Weiterhin wäre das Wissen über eine Frühgeburtlichkeit sowie darüber, ob das Kind als Einzelkind oder in einer Familie mit mehreren Kindern aufwächst, nützlich gewesen, da auch dies die Sprachentwicklung der Kinder in die eine oder andere Richtung beeinflussen kann. Zudem wäre es vor allem bei sprachauffälligen Kindern wichtig gewesen, zu erfragen, ob in der Familie bereits Sprachauffälligkeiten, welche auf eine mögliche familiäre Sprachentwicklungsstörung hinweisen könnten, bekannt sind.

Grundsätzlich hat die Frage nach einer Tagesmutter im Beurteilungsbogen seine Berechtigung. Jedoch hätte auch dieser Punkt spezifischer erfragt werden müssen, um eine korrekte Aussage über ihre Bedeutung für die Sprachentwicklung der

Kinder machen zu können. So wird im Beurteilungsbogen nämlich nicht ersichtlich, ob es sich um eine deutschsprachige Tagesmutter handelt oder, ob diese – bei ausländischen Kindern – die Muttersprache des Kindes spricht. Im letzteren Fall macht dies die Auswirkungen der Tagesmutter auf die Deutschkenntnisse der Kinder weniger aussagekräftig. Weiterhin wird nicht ersichtlich, ob das Kind einzeln bei der Tagesmutter untergebracht ist oder zusammen mit noch anderen Kindern von dieser betreut wird. Zusätzlich wäre es wichtig gewesen – analog zur Frage nach einer Tagesmutter – nach einer möglichen Kindertageseinrichtung zu fragen. Weiterhin fiel bei der Auswertung auf, dass in weniger als einem Prozent eine Tagesmutter angegeben wurde. Aus besagten Gründen konnte dieser Punkt somit in der Auswertung der Sprachfähigkeit der Kinder nicht berücksichtigt werden.

Des Weiteren wurden bei einigen Kindern mehrere (sogar bis zu vier) Muttersprachen angegeben. Hier wäre eine Unterscheidung zwischen erster und zweiter Sprache wichtig gewesen, bzw. die Angabe, dass das Kind wirklich mit einer doppelten Muttersprache aufwächst (z.B. weil der Vater eine andere Muttersprache spricht als die Mutter). Dass Kinder mit mehr als zwei Muttersprachen aufwachsen, ist zwar möglich, jedoch unwahrscheinlich. Hier hätte man sich also ausschließlich auf die Muttersprache konzentrieren sollen und ggf. weitere Sprachen, die in Familie oder Umwelt gesprochen werden, getrennt voneinander angeben sollen. Diese Vermutung, dass mehrmals Sprachen als Muttersprachen deklariert wurden, welche keine waren, wird auch von der Tatsache gestützt, dass – wie bereits erläutert – in mehreren Fällen zwar Deutsch als Muttersprache angegeben wurde, die Frage ob Deutsch in der Familie gesprochen würde, jedoch mit *kaum* oder *nein* beantworteten. Dies erklärt zum Teil auch die oftmals unterdurchschnittlichen Deutschkenntnisse.

Dass die Beurteilung der Sprache anhand der objektiven Beobachtung der Spontansprache der Kinder durch den Arzt mit dem SBE-3-KT kombiniert wurde, wurde bereits unter den positiven Aspekten aufgeführt. Hier sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass der SBE-3-KT für deutsche Kinder entwickelt wurde und – im Gegensatz zu dem SBE-2-KT für zweijährige Kinder, welcher in verschiedenen Sprachen verfügbar ist – auch nur in Deutsch vorliegt. So ist die Beurteilung der Sprache der Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache oder auch von Kindern mit mehreren Muttersprachen schwieriger und nicht so gut objektivierbar als die Sprachbeurteilung der Kinder mit ausschließlich deutscher Muttersprache.

Zudem fand sich auf dem Beurteilungsbogen, den die Ärzte an das Ministerium faxten, kein Fach für Bemerkungen. Wohl haben einige wenige Ärzte trotzdem eine

Bemerkung abgegeben, jedoch hieß es hier mehrheitlich: „Soll Deutsch lernen“. Diese Notiz war jedoch für die Beurteilung nicht von Nutzen, da diese Information im Fragebogen ohnehin ersichtlich wurde. Bei lediglich 30 Kindern wurde eine bestehende oder vermutete Hörstörung angegeben. Bei einem Kind wurde bemerkt, dass es eine Chemotherapie gegen ein Optikusgliom bekäme, bei einem weiteren Kind wurde die Diagnose „Trisomie 21“ und bei einem anderen ADHS eingetragen. Darüber hinaus wurde ein Kind als Frühgeborenes der 26sten Woche beschrieben und letztlich fand sich bei einem Kind eine Kieferfehlstellung. So sind es im ganzen 35 Kinder bei denen außer der Muttersprache eine mögliche weitere Ursache für ihre Probleme der Sprachentwicklung angegeben wurde. Insgesamt handelt es sich hierbei jedoch lediglich um 1% der sprachauffälligen Kinder. So hätte man durch die Möglichkeit einer Bemerkung im Beurteilungsbogen diesbezüglich vermutlich mehr in Erfahrung bringen können.

Letzten Endes ergibt sich mit 74,3% aller angeschriebenen Kinder eine sehr große Stichprobe. Es wäre jedoch interessant gewesen, zu wissen, wieso so viele Eltern einer Teilnahme am Sprachscreening nicht zustimmten. So könnten beispielsweise Eltern die Teilnahme abgelehnt haben, weil sie die Sprache des SBE-3-KT nicht beherrschten oder weil eine sonstige Sprachbarriere bestand. Weiterhin könnte es an mangelnder Information gelegen haben, was die Eltern verunsicherte. Hier hätte man zusätzlich den Eltern Auswahlmöglichkeiten geben können, um ihre Ablehnung der Teilnahme zu begründen. Auf diese Weise hätte man in Erfahrung bringen können, was in einem erneuten Screening verbessert werden könnte, damit sich mehr Eltern einverstanden erklären würden. Des Weiteren hätte man analysieren können, ob sich die Teilnahme dieser Kinder eventuell auf die spätere Auswertung der Sprachstörungen ausgewirkt hätte.

8. AUSBLICK

Im Jahr 2004/05 diagnostizierte man im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung im Saarland noch bei etwa jedem vierten Kind eine Sprachstörung. Hierunter befanden sich auch mehrere Kinder mit einer kombinierten Sprachentwicklungsstörung, welche bisher noch nicht therapiert worden waren.¹⁸¹ Gerade diese Kinder hätten allerdings von einem vorzeitigen Diagnostizieren und Therapieren ihrer Sprachstörung profitiert, um mit den gleichen Chancen wie ihre Mitschüler ohne Sprachprobleme ihre Schullaufbahn beginnen zu können.¹⁸²

Aus diesem Grund wurde das Sprachscreening für Dreijährige im Rahmen der U7a als Modellprojekt im Saarland eingeführt, um die Art und Prävalenz der Sprachstörungen der Kinder zu untersuchen sowie gegebenenfalls Therapieempfehlungen anzugeben.

Rund drei Jahre nach dem Sprachscreening werden sich die jetzt Dreijährigen der Schuleingangsuntersuchung unterziehen müssen. Erst dann wird man die Auswirkungen des Sprachscreenings auf die Sprachfähigkeit der Kinder beurteilen können:

Vor allem stellt sich die Frage, ob sich die Anzahl der Kinder mit Sprachstörungen bei der Schuleingangsuntersuchung im Vergleich zu den Jahren vor dem Sprachscreening für Dreijährige reduziert hat. Hier sollten vor allem weniger Kinder mit bestehender Sprachstörung erstdiagnostiziert werden. Weiterhin sollte man erfassen können, inwieweit die angeratenen Therapien bei Kindern mit Sprachstörungen wirklich in Anspruch genommen wurden und inwieweit diese auch hilfreich waren. Letztendlich wird man, vor allem bei Kindern mit wenigen oder gar keinen Deutschkenntnissen die Nützlichkeit der Kindergarten erkennen können, da im Sprachscreening etwa 99% der Eltern angaben, dass die Aufnahme ihrer Kinder in einen deutschen Kindergarten vorgesehen sei, wobei hier jedoch darauf hingewiesen werden muss, dass etwa jedes vierte Kind nicht am Screening teilgenommen hat und sich so dieser Frage bei der Schuleingangsuntersuchung noch einmal angenommen werden sollte.

¹⁸¹ Vgl. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Saarland (2005).

¹⁸² Vgl. J. Law, J. Boyle, F. Harris, A. Harkness, C. Nye (1998).

9. LITERATURVERZEICHNIS

- Angehrn C., Schrane J. (2007) Zusammenfassung: Mehrsprachigkeit und Sprachentwicklung, A. Kracht, 2001. SAL-Bulletin.
http://www.logopaedieschweiz.ch/media/bulletin_archiv/125_Mehrsprachigkeit%20und%20Sprachentwicklung_Angehrn.pdf [04.08.2015]
- Beitchman J.H., Nair R., Clegg M., Patel P.G. (1986) Prevalence of Speech and Language Disorders in 5-Year-Old Kindergarten Children in the Ottawa-Carleton Region. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 51:98-110.
- Berghaus A., Rettinger G., Böhme G. (eds) (1996) Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Duale Reihe. 1st. ed. Thieme, Stuttgart.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012) Geschichte der Zuwanderung nach Deutschland nach 1950; Dossier: Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde.
<http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138012/geschichte-der-zuwanderung-nach-deutschland-nach-1950?p=all> [14.08.2015]
- Butzkamm W., Butzkamm J. (eds) (2008) Wie Kinder sprechen lernen, Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen. 3rd. ed. Francke, Tübingen.
- Chilla S., Babur E., Rothweiler M. (ed) (2010) Kindliche Mehrsprachigkeit, Grundlagen-Störungen-Diagnostik. Ernst Reinhardt, München.
- Dale P.S., Patterson J.L. (2009) Early Identification of Language Delay. Department of Speech & Hearing Sciences, University of New Mexico, USA. Encyclopedia on early childhood development.
<http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/Dale-PattersonANGxp-Language.pdf> [14.08.2015]

- Esen E., Borde T. (ed) (2013) Deutschland und die Türkei – Band II Forschen, Lehren und Zusammenarbeit in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Fegert J.M., Eggers C., Resch F. (eds) (2012) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2nd. ed. Springer, Berlin-Heidelberg.
- Gemeinsamer Bundesausschluss (2008) Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschlusses zum Beschluss über eine Änderung der Kinder-Richtlinien. Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a. Siegburg.
https://www.g-ba.de/downloads/40-268-625/2008-05-15-Kinder-U7a_TrG.pdf
[14.08.2015]
- Glogowska M., Roulstone S., Enderby P., Peters T.J. (2000) Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. BMJ. 14;321(7266):923-6.
- Gogolin I. (2004) Lebensweltliche Mehrsprachigkeit. In: K.-R. Bauch (ed) Mehrsprachigkeit im Fokus, Arbeitspapiere der 24. Frühjahrskonferenz zur Erforschung des Fremdsprachenunterrichts. Günter Narr, Tübingen. pp. 55-61.
- Gortner L., Meyer S., Sitzmann F.C. (eds) (2004) Duale Reihe Pädiatrie. 4th ed. Thieme, Stuttgart.
- Grimm H. (ed) (1973) Strukturanalytische Untersuchung der Kindersprache. Hans Huber, Bern Stuttgart Wien.
- Grimm H. (eds) (2003) (a) Störungen der Sprachentwicklung. 2nd ed. Hogrefe, Göttingen.
- Grimm H. (2003) (b) Wie viele Vorschulkinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung? Bedarfsanalyse am Beispiel der Stadt Bielefeld. Pressemitteilung der Universität Bielefeld.
<http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE03/publikationen/pressemitteilung163-2003.html> [02.02.2015]

- Guiraud J.A., Tomalski P., Kushnerenko E., Ribeiro H., Davies K., Charman T., Johnson M.H. (2012) Atypical Audiovisual Speech Integration in Infants at Risk for Autism. Plos One.
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036428>
[22.03.2015]
- Haug S. (2008) Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. Working Paper 14 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Integrationsreport, Teil 2, Referat 220.
https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?__blob=publicationFile [05.08.2015]
- Helland W.A., Lundervold A.J., Heinemann M., Posserud M.B. (2014) Stable associations between behavioral problems and language impairments across childhood - The importance of pragmatic language problems. Research in Developmental Disabilities, 35(5):943–951.
- Herkenrath P. (1998) Hörstörungen und verzögerte Entwicklung In: Dudenhausen J.W., Gortner L. (ed) (1998) Hören und Entwicklung: Risikoerkennung beim Neugeborenen. Ein Leitfaden der Stiftung für das behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung. Die Medizinische Verlagsgesellschaft Umwelt und Medizin mbh., Frankfurt. pp.44-49.
- Herwats-Emnden L. (2007) Migrant/-innen im deutschen Bildungssystem. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung: Migrationshintergrund von Kindern und Jugendlichen: Wege zur Weiterentwicklung der amtlichen Statistik. Bildungsforschung Band 14. Bonn, Berlin 2007. pp.7-25.
http://www.bmbf.de/pub/bildungsreform_band_vierzehn.pdf [01.02.2015]
- Hoffmann S. (2012) Sprachscreening für Dreijährige im Saarland, Information für Ärztinnen und Ärzte. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Saarland.
http://www.saarland.de/dokumente/thema_praevention/Ansreiben_aerztInnen_August_2012.pdf [13.08.2015]
- http://de.wikipedia.org/wiki/Sprachfamilien_der_Welt [11.08.2015]

- <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt/2013/block-f80-f89.htm> [30.08.2015]
- Jeuk S. (ed) (2010) Deutsch als Zweitsprache in der Schule, Grundlagen – Diagnose – Förderung. W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Klevenow U. (2003) Die Bedeutung der Sprachentwicklung für die Schullaufbahn von Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund. Das Gesundheitswesen 65:683-687.
- Kracht A. (2006) Störungen der Sprachentwicklung im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit. In: Sonderpädagogische Förderung (2006) 4:356-368.
<https://www.uni-koblenz-landau.de/de/landau/fb5/instfson/ab2-S/medien/kracht2006> [10.08.2015]
- Kracht A. (2007) Probleme beim Zweitspracherwerb. In: Schöler H., Wellinger A. (2007) Sonderpädagogik der Sprache Förderschwerpunkt Sprache. Handbuch der Pädagogik und Psychologie der Behinderungen, Bd. 3. Hoegrefe, Göttingen 2007. 442-455.
<https://www.uni-koblenz-landau.de/de/landau/fb5/instfson/ab2-S/medien/kracht2007> [10.08.2015]
- Kühn P. (2010) Wie entwickeln sich Late Talkers? Eine Längsschnittstudie zur Prognose der sprachlichen, kognitiven und emotionalen Entwicklung von Late Talkers bis zum Einschulungsalter.
http://edoc.ub.uni-muenchen.de/11717/1/Kuehn_Philipp.pdf [10.08.2015]
- Law J., Boyle J., Harris F., Harkness A., Nye C. (1998) Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature. Health Technology Assessment. 2(9).
<http://www.researchgate.net/publication/12954528> [01.08.2015]
- Lehberger C., Bechel D., Kraus H., Rothaar E., Koenen F. J. in Kooperation mit Multikultur e.V., Arbeitskammer des Saarlandes: Bestandsaufnahme Migration im Saarland: ein Überblick 2014.

https://www.arbeitskammer.de/fileadmin/user_upload/ak_download_datenbank/Aktuelles/Nachberichterstattung/Veranstaltungen_2014/Ak-Forum_Migration/AK_Texte_Migration_-_Druck_PDF.pdf [10.08.2015]

- Militzer R. (ed) (2013) Wie Kinder lernen, Praxisleitfaden zur Persönlichkeitsentwicklung in der frühen Kindheit; Band 4 - Bildungsbereich Sprachentwicklung. Carl Link, Köln.
- Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (2005) Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Einschulkindern im Saarland. Auflage: 1.000.
http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/pdf/gbe/6280_1.pdf
[15.08.2015]
- Noterdaeme M., Amorosa H. (1998) Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Monatsschrift der Kinderheilkunde 146:931-937.
- Paul R., Looney S.S., Dahm P.S. (1990) Communication and socialization skills at ages 2 and 3 in "late-talking" young children. Journal of Speech, Language and Hearing Research 34:858-865.
- Prenzel M., Artelt C., Baumert J., Blum W., Hammann M., Klieme E., Pekrun R. PISA 2006 in Deutschland, Die Kompetenzen der Jugendlichen im dritten Ländervergleich, Zusammenfassung.
http://archiv.ipn.uni-kiel.de/PISA/Zusfsg_PISA2006_national.pdf [10.08.2015]
- Schilling A., Schäfer H. (1962) Beitrag zur Prüfung der "partiellen akustischen Lautagnosie" bei stammelnden Kindern mit einem Agnosieprüfverfahren. Archiv für Klinische und Experimentelle Ohren- Nasen- und Kehlkopfheilkunde. 180(2):823-827.
- Schulz P. Störungen der kindlichen Sprachentwicklung; 6. Sitzung am 21.5.2012 Spezifische Sprachentwicklungsstörung.
https://www2.uni-frankfurt.de/48554060/net6_Sprachstoerungen_SS2012.pdf.
[12.01.2015]

- Schönweiler R. (1994) Synoptische Betrachtung der Ergebnisse an 1300 sprachentwicklungsverzögerten Kindern aus ätiopathogenetischeraudiologischer und sprachpathologischer Sicht. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 46(1):18-26.
- Skarżyński H., Piotrowska A. (2012) Prevention of communication disorders – screening pre-school and school-age children for problems with hearing, vision and speech. European Consensus Statement. *Medical Science Monitor*. 18(4):17-21.
- Snowling M.J., Adams J.W., Bishop D.V.M, Stothard S.E. (2001) Educational attainments of school leavers with a preschool history of speech-language impairments. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 36:173-183.
- Stamm K., Schöler H., Weuffen M. (2002) Zur Bedeutung perinataler Komplikationen bei Sprach- und Sprechstörungen, Eine Untersuchung an sprachauffälligen und sprachunauffälligen Zwillingen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 34:11-20.
- Statistisches Bundesamt (2014) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit-Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Wiesbaden 2014.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220137004.pdf?__blob=publicationFile
[10.08.2015]
- Steiner J. (2008) Prävalenz-Forschung: Zusammenfassung der Datenlage zu Sprachauffälligkeiten bei Kindern und Schlussfolgerungen für die Praxis, Abstrakt.
http://www.logopaedieundpraevention-hfh.ch/webautor.-data/29/Praevalenz_Zusammenfassung-der-Datenlage.pdf [10.08.2015]
- von Suchodoletz W. (2003) Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 151:31-37.

- von Suchodoletz, W. (2004) Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In: Von Suchodoletz W. (Hrsg.) Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? Hogrefe, Göttingen pp.155-199.
- von Suchodoletz W. (2012) Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen, Der SBE-2-KT und SBE-3-KT für zwei- bzw. dreijährige Kinder. W. Kohlhammer, Stuttgart.
- von Suchodoletz W., Kademann S., Tippelt S. (2012) Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a (SBE-3-KT - Handbuch)
http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/download/SBE-3-KT_Handbuch.pdf
[10.08.2015]
- Szagun G. (ed) (2006) Sprachentwicklung beim Kind: ein Lehrbuch. Beltz, Weinheim.
- Triarchi-Herrmann V. (2002) Zur Förderung und Therapie der Sprache bei Mehrsprachigkeit. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, München.
https://publishup.uni-potsdam.de/files/3090/spath02_SP03.pdf [10.08.2015]
- Villegas de Posada C. (1981) Frühkindliche Kommunikation, kognitive Voraussetzungen der Sprachentwicklung. Studienverlag Dr. N. Brockmeyer, Bochum.
- Whitehouse J.O., Robinson M., Zubrick S.R. (2011) Late talking and the risk for psychosocial problems during childhood and adolescence. Pediatrics 128:324-332.
- Winkelbauer S. (2012) Förderung von Mehrsprachigkeitsbewusstheit angehender Fremdsprachenlehrer/innen. Wien.
http://othes.univie.ac.at/20841/1/2012-05-30_0707382.pdf [10.08.2015]
- Wirth G. (eds) (2000) Sprachstörungen, Sprechstörungen, Kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen. 5th ed. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

- Wrong P. (2010) Selective Mutism. A Review of Etiology, Comorbidities, and Treatment. *Psychiatry (Edgmont)* 7(3):23–31.

ANHANG

1. Arztmeldung Sprachbeurteilung.....	84
2. Der SBE-3-KT.....	85
3. Tabellen zu den Diagrammen.....	87
3.1. Gesamtüberblick der Häufigkeiten der verschiedenen Sprachstörungen.....	87
3.1.1. alle Kinder.....	87
3.1.2. deutsche Kinder.....	87
3.1.3. Kinder mit Migrationshintergrund (Deutsch + weitere Muttersprache(n))	88
3.1.4. ausländische Kinder (ohne Deutsche Muttersprache)	88
3.2. Geschlechtervergleich.....	89
3.2.1. Deutschkenntnisse.....	89
3.2.2. Dyslalie u. Dysgrammatismus.....	89
3.3. Sicherheit im Auftreten des Kindes.....	91
3.3.1. je nach Deutschkenntnissen	91
3.3.2. bei Dyslalie bzw. Dysgrammatismus	91
3.4. Gesamtüberblick der Deutschkenntnisse	92
3.4.1. alle Kinder.....	92
3.4.2. nur deutsche Muttersprache	92
3.4.3. Mehrsprachigkeit inklusive Deutsch	93
3.5. Häufigkeiten von Dyslalie und Dysgrammatismus	93
3.5.1. alle Kinder.....	93
3.5.2. deutsche Kinder	93
3.6. Ärztliche Empfehlungen.....	94
3.6.1. nach Deutschkenntnissen (bei deutschen Kindern).....	94
3.6.2. bei Dyslalie / Dysgrammatismus	94
3.7 Relation zwischen Deutschkenntnissen und Sprachentwicklungsstörungen..	95
3.8. Deutschkenntnisse bei einer oder mehrerer Muttersprachen.....	95

3.8.1. ohne Berücksichtigung ob in der Familie Deutsch gesprochen wurde....	95
3.8.2. bei Familien in denen Deutsch gesprochen wurde	96
3.9. Dyslalie u. Dysgrammatismus bei einer oder mehrerer Muttersprachen	98
3.10. Deutschkenntnisse bei Kindern mit Deutsch und einer weiteren MS, je nach Sprachfamilie	98
3.10.1. . ohne Berücksichtigung ob in der Familie Deutsch gesprochen wurde	98
3.10.2. bei Familien in denen Deutsch gesprochen wurde	99
3.11. Dyslalie und Dysgrammatismus bei bilingualen Kindern unterschiedlicher Sprachfamilien	99
3.12. Aufnahme in einen deutschen Kindergarten vorgesehen nach Deutschkenntnissen	100
3.12.1. bei Deutschen Kindern.....	100
3.12.2. bei Kinder mit Migrationshintergrund und ausländischen Kindern	100
4. Signifikanzberechnungen.....	101
4.1. Geschlechter	101
4.1.1. Geschlechter - Deutschkenntnisse.....	101
4.1.2. Geschlechter - Dyslalie und / oder Dysgrammatismus	101
4.2. Sicherheit im Auftreten	102
4.2.1. Sicherheit im Auftreten - Deutschkenntnissen.....	102
4.2.2. Sicherheit im Auftreten - Dyslalie und / oder Dysgrammatismus	102
4.3. Deutschfähigkeiten - Dyslalie und / oder Dysgrammatismus bei Deutschen Kindern	103
4.4. Ein- / Mehrsprachigkeit.....	103
4.4.1. Ein-/Mehrsprachigkeit (inkl. Deutsch) – Deutschfähigkeiten (in Familien, in denen Deutsch gesprochen wird („ja“)	103
4.4.2. Ein-/Mehrsprachigkeit - Dyslalie.....	104
4.4.3. Ein-/Mehrsprachigkeit - Dysgrammatismus	105
4.4.4. Ein-/Mehrsprachigkeit - Dyslalie und Dysgrammatismus.....	105
4.5. Sprachfamilie	106
4.5.1. Sprachfamilienzugehörigkeit - Deutschfähigkeiten	106
4.5.2. Sprachfamilienzugehörigkeit - Dyslalie.....	106

4.5.3. Sprachfamilienzugehörigkeit - Dysgrammatismus.....	107
4.5.3. Sprachfamilienzugehörigkeit - Kombinierte Sprach-/Sprechstörung.....	107
4.5.4. Deutsch / Italienisch bzw. Deutsch / Slawisch/Iranisch - Deutschfähigkeiten	108
4.5.5. Indogermanisch / Nicht-Indogermanisch - Kombinierte Sprach- /Sprechstörung	108

1. Arztmeldung Sprachbeurteilung

BITTE ZUM ARZT MITNEHMEN	*BITTE ZUM ARZT MITNEHMEN*	*BITTE ZUM ARZT MITNEHMEN*		
<h2 style="margin: 0;">Arztmeldung Sprachbeurteilung</h2> <p style="margin: 0;">* Telefax an das MSGFF *</p>				
<p style="font-size: small; margin: 0;">Name und Adresse (Stempel) der Ärztin / des Arztes</p> <p style="margin: 5px 0;">Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie</p> <p style="margin: 0;">bei Rückfragen: Sigrid Hoffmann - Tel.: 0681/501-3224</p> <p style="margin: 0;"> Jörg Simon - Tel.: 0681/501-3826</p> <p style="margin: 10px 0;">Fax-Nr. 0681/501-3361</p> <p style="margin: 0;">66119 Saarbrücken, Franz-Josef-Röder-Str. 23</p>				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">ID-Nr.:</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">PLZ:</td> </tr> </table>			ID-Nr.:	PLZ:
ID-Nr.:	PLZ:			
<p>Einverständniserklärung der Eltern zur Durchführung der Sprachbeurteilung</p>				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width: 50%; text-align: center; padding-top: 5px;">Datum</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 50%; text-align: center; padding-top: 5px;">Unterschrift</td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">Zu Ihrer Information: Die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Sprachbeurteilung wurden mit der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit abgesprochen.</p>			Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift			
<div style="background-color: #f0f0f0; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>nur von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt auszufüllen</p> <p style="font-size: x-small;">(Zutreffendes bitte vollständig eintragen und ankreuzen)</p> </div>				
<p>Muttersprache(n): _____ Geschlecht: m w</p>				
Aufnahme in einen deutschen Kindergarten vorgesehen:	ja nein			
Deutsch wird in der Familie gesprochen:	ja wenig kaum nein			
Kind spricht Deutsch:	alters- gemäß wenig kaum nein			
mit pathologischen Dyslalien	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>			
mit pathologischem Dysgrammatismus	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>			
Sicherheit im Auftreten des Kindes:	sehr sicher weniger unsicher ganz unsicher			
<p>Ärztliche Empfehlung:</p> <p>Logopädische Therapie </p> <p>Förderung zu Hause </p> <p>Abwarten bis zur Vorsorge U8 </p> <p>Keine Maßnahme erforderlich </p>				
<p>_____ Unterschrift Ärztin/Arzt</p>				

2. Der SBE-3-KT

SBE-3-KT

Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest für die U7a (SBE-3-KT)

W. v. Suchodoletz, S. Kademmann & S. Tippelt

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Junge ☐ Mädchen ☐

Geb.-Datum: _____

Datum, an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde : _____

Alter (in Monaten am Tag des Ausfüllens): _____

Bogen ausgefüllt von: Mutter ☐ Vater ☐ beiden Eltern ☐ sonstig ☐

falls sonstige Person – wer?: _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? nein ☐ ja ☐

falls ja, welche Sprachen? _____

Version vom 09.09.2009

In diesem Bogen finden Sie eine Liste von Wörtern und Sätzen, wie sie von Kindern in den ersten Lebensjahren oft benutzt werden. Bitte kreuzen Sie an, was Sie häufiger als ein Mal von Ihrem Kind gehört haben. Dabei sollten aber nur Wörter und Sätze angekreuzt werden, die Ihr Kind selbst verwendet und nicht solche, die es nur nachspricht oder nur versteht. Kreuzen Sie bitte auch Wörter an, die Ihr Kind etwas anders ausspricht (z. B. „taufen“ statt „kaufen“ oder „daußen“ statt „draußen“). Falls Ihr Kind etwas Ähnliches benutzt (z.B. „Becher“ für „Glas“), schreiben Sie dies bitte daneben.

Vielleicht noch ein Hinweis: Der Wortschatz und der Sprachgebrauch dreijähriger Kinder ist sehr unterschiedlich. Wenn Ihr Kind nur einige dieser Wörter oder Sätze spricht, muss Sie das nicht gleich beunruhigen. Außerdem wird es vermutlich auch noch andere, hier nicht aufgeführte Wörter und Sätze sprechen.

- | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> arbeiten | <input type="radio"/> Geburtstag | <input type="radio"/> klein | <input type="radio"/> Mädchen | <input type="radio"/> rennen |
| <input type="radio"/> brauchen | <input type="radio"/> gießen | <input type="radio"/> kochen | <input type="radio"/> mit | <input type="radio"/> sagen |
| <input type="radio"/> draußen | <input type="radio"/> Glas | <input type="radio"/> Kopf | <input type="radio"/> müde | <input type="radio"/> Sand |
| <input type="radio"/> Eimer | <input type="radio"/> Hals | <input type="radio"/> lachen | <input type="radio"/> Musik | <input type="radio"/> sauber |
| <input type="radio"/> finden | <input type="radio"/> Handtuch | <input type="radio"/> Lampe | <input type="radio"/> müssen | <input type="radio"/> scharf |
| <input type="radio"/> Finger | <input type="radio"/> heute | <input type="radio"/> leise | <input type="radio"/> nass | <input type="radio"/> schenken |
| <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> hören | <input type="radio"/> Licht | <input type="radio"/> neu | <input type="radio"/> Schirm |
| <input type="radio"/> fliegen | <input type="radio"/> jetzt | <input type="radio"/> lieb | <input type="radio"/> Ohr | <input type="radio"/> schmecken |
| <input type="radio"/> Frühstück | <input type="radio"/> kaufen | <input type="radio"/> liegen | <input type="radio"/> Papier | <input type="radio"/> schmutzig |

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schneiden | <input type="checkbox"/> Sonne | <input type="checkbox"/> Teppich | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> wohnen |
| <input type="checkbox"/> schnell | <input type="checkbox"/> springen | <input type="checkbox"/> Tier | <input type="checkbox"/> warten | <input type="checkbox"/> Wolke |
| <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> stehen | <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> waschen | <input type="checkbox"/> Zahn |
| <input type="checkbox"/> Schrank | <input type="checkbox"/> Stein | <input type="checkbox"/> Tomate | <input type="checkbox"/> Wasser | <input type="checkbox"/> Zeh |
| <input type="checkbox"/> Schuh | <input type="checkbox"/> Stift | <input type="checkbox"/> Treppe | <input type="checkbox"/> weg | <input type="checkbox"/> Zimmer |
| <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> Straße | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> Zunge |
| <input type="checkbox"/> schwimmen | <input type="checkbox"/> suchen | <input type="checkbox"/> vorlesen | <input type="checkbox"/> Wiese | <input type="checkbox"/> zusammen |
| <input type="checkbox"/> sehen | <input type="checkbox"/> Suppe | | | |

Wortschatz: _____

1. Benutzt Ihr Kind schon Wortverbindungen/ Sätze von zwei oder mehr Wörtern, wie z. B. *Mama Buch, Baby spielen, Kommt das da rein?* ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie ja angekreuzt haben, beantworten Sie bitte alle weiteren Fragen.

Kreuzen Sie im Folgenden immer die Möglichkeit an, die **am ehesten** dem entspricht, was Ihr Kind sagen würde.

- | | | |
|--|--|--|
| 2. <input type="checkbox"/> Da Katze.
<input type="checkbox"/> Da ist eine Katze. | 3. <input type="checkbox"/> Mama einkauft.
<input type="checkbox"/> Mama kauft ein. | 4. <input type="checkbox"/> Meine sein!
<input type="checkbox"/> Das ist meins! |
| 5. <input type="checkbox"/> Mama kochen.
<input type="checkbox"/> Mama kocht. | 6. <input type="checkbox"/> viele Auto
<input type="checkbox"/> viele Autos | 7. <input type="checkbox"/> viele Blume
<input type="checkbox"/> viele Blumen |

- | | |
|--|---|
| 8. Benutzt Ihr Kind die Satzverknüpfung und ?
z. B. Ich hole das Buch und dann liest du vor. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Verwendet Ihr Kind die Wörter mein / meine richtig?
z. B. mein Zimmer, meine Puppe, meine Spielsachen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Wenn Ihr Kind keinen Apfel möchte, sagt es dann eher
<input type="checkbox"/> Nicht Apfel essen!
<input type="checkbox"/> Ich will keinen Apfel essen! | |

Benutzt Ihr Kind das Fragewort:

- | | |
|--|---|
| 11. Wie? – z. B. Wie geht das Spiel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Was? – z. B. Was hast Du da? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Wo? – z. B. Wo ist mein Ball? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Wohin? – z. B. Wohin geht Papa? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Erzählt Ihr Kind kurze Geschichten / Märchen
(anhand von Bildern) nach? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen:

Grammatik: _____

WS + (Gram. x 6) = Gesamtwert _____

3. Tabellen zu den Diagrammen

3.1. Gesamtüberblick der Häufigkeiten der verschiedenen Sprachstörungen

3.1.1. alle Kinder

spricht Deutsch	keine Dyslalie/Dysgram.		nur Dyslalie		nur Dysgrammatismus		Dyslalie u. Dysgrammatismus	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß	6825	67,60	416	4,12	102	1,01	169	1,67
wenig	1000	9,90	120	1,19	115	1,14	250	2,48
kaum	592	5,86	18	0,18	20	0,20	92	0,91
nein	356	3,53	3	0,03	4	0,04	10	0,10
Gesamt*	8773	86,90	557	5,52	241	2,39	521	5,16

3.1.2. deutsche Kinder

spricht Deutsch	keine Dyslalie/Dysgram.		nur Dyslalie		nur Dysgrammatismus		Dyslalie u. Dysgrammatismus	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß	6058	79,64	383	5,03	84	1,10	144	1,89
wenig	398	5,23	79	1,04	71	0,93	193	2,54
kaum	103	1,35	5	0,07	7	0,09	54	0,71
nein	21	0,28	1	0,01	1	0,01	3	0,04
Gesamt*	6580	86,50	468	6,15	163	2,14	394	5,18

* die Unterschiede zur Gesamtzahl der Kinder die am Screening teilgenommen haben, ergeben sich daraus, dass nicht immer alle Angaben ausgefüllt wurden

3.1.3. Kinder mit Migrationshintergrund (Deutsch + weitere Muttersprache(n))

spricht Deutsch	keine Dyslalie/Dysgram.		nur Dyslalie		nur Dysgrammatismus		Dyslalie u. Dysgrammatismus	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß	767	30,84%	33	1,33%	18	0,72%	25	1,01%
wenig	602	24,21%	41	1,65%	44	1,77%	57	2,29%
kaum	489	19,66%	13	0,52%	13	0,52%	38	1,53%
nein	335	13,47%	2	0,08%	3	0,12%	7	0,28%
Gesamt*	2193	88,18%	89	3,58%	78	3,14%	127	5,11%

3.1.4. ausländische Kinder (ohne Deutsche Muttersprache)

spricht Deutsch	keine Dyslalie/Dysgram.		nur Dyslalie		nur Dysgram.		Dyslalie u. Dysgrammatismus	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß	187	12,99%	12	0,83%	1	0,07%	4	0,28%
wenig	380	26,39%	25	1,74%	19	1,32%	31	2,15%
kaum	416	28,89%	9	0,63%	6	0,42%	23	1,60%
nein	315	21,88%	2	0,14%	3	0,21%	7	0,49%
Gesamt*	1298	90,14%	48	3,33%	29	2,01%	65	4,51%

* die Unterschiede zur Gesamtzahl der Kinder die am Screening teilgenommen haben, ergeben sich daraus, dass nicht immer alle Angaben ausgefüllt wurden

3.2. Geschlechtervergleich

3.2.1. Deutschkenntnisse

spricht Deutsch	alle Kinder		Mädchen		Jungen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß.	7512	74,41	3803	77,27	3.703	71,72
wenig	1485	14,71	643	13,06	842	16,31
kaum	722	7,15	290	5,89	430	8,33
nein	373	3,69	184	3,74	188	3,64
Gesamt	10092	100	4920	100	5163	100

3.2.2. Dyslalie u. Dysgrammatismus

spricht Deutsch	keine Dyslal./Dysgram.					
	alle Kinder		Mädchen		Jungen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß	6825	67,60	3514	71,39	3.305	64,01
wenig	1000	9,90	448	9,10	552	10,69
kaum	592	5,86	249	5,06	342	6,62
nein	356	3,53	177	3,60	178	3,45
Gesamt	8773	86,90	4388	89,15	4.377	84,78

spricht Deutsch	nur Dyslalie					
	alle Kinder		Mädchen		Jungen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß.	416	4,12	183	3,72	233,00	4,51
wenig	120	1,19	55	1,12	65,00	1,26
kaum	18	0,18	6	0,12	12,00	0,23
nein	3	0,03	1	0,02	2,00	0,04
Gesamt	557	5,52	245	4,98	312,00	6,04

spricht Deutsch	nur Dysgram.					
	alle Kinder		Mädchen		Jungen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß.	102	1,01	37	0,75	65	1,26
wenig	115	1,14	47	0,95	68	1,32
kaum	20	0,20	8	0,16	12	0,23
nein	4	0,04	1	0,02	3	0,06
Gesamt	241	2,39	93	1,89	148	2,87

spricht Deutsch	Dyslalie u. Dysgram.					
	alle Kinder		Mädchen		Jungen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß.	169	1,67	69	1,40	100	1,94
wenig	250	2,48	93	1,89	157	3,04
kaum	92	0,91	27	0,55	64	1,24
nein	10	0,10	5	0,10	5	0,10
Gesamt	521	5,16	194	3,94	326	6,31

3.3. Sicherheit im Auftreten des Kindes

3.3.1. je nach Deutschkenntnissen

spricht Deutsch	alle Kinder								
	Gesamt	sehr sicher	%	weniger	%	unsicher	%	ganz unsicher	%
altersgemäß	7512	6044	80,46%	1280	17,04%	153	2,04%	25	0,003
wenig	1485	494	33,27%	812	54,68%	149	10,03%	26	0,02
kaum	722	230	31,86%	275	38,09%	175	24,24%	41	0,06
nein	373	112	30,03%	122	32,71%	92	24,66%	47	0,13

3.3.2. bei Dyslalie bzw. Dysgrammatismus

	alle Kinder								
	Gesamt	sehr sicher	%	weniger	%	unsicher	%	ganz unsicher	%
keine Dyslal./Dysgram.	8776	6253	71,25%	1940	22,11%	447	5,09%	120	1,37%
nur Dyslalie	557	314	56,37%	211	37,88%	27	4,85%	5	0,90%
nur Dysgramm.	242	111	45,87%	105	43,39%	25	10,33%	0	0,00%
Dyslal. & Dysgram.	521	203	38,96%	233	44,72%	70	13,44%	14	2,69%

3.4. Gesamtüberblick der Deutschkenntnisse

3.4.1. alle Kinder

spr. Deutsch	Anzahl	%
altersgemäß.	7512	74,41
wenig	1485	14,71
kaum	722	7,15
nein	373	3,69
Gesamt	10092	100

3.4.2. nur deutsche Muttersprache

spr. Deutsch	Anzahl	%
altersgemäß.	6669	87,67
wenig	741	9,74
kaum	169	2,22
nein	26	0,34
Gesamt	7605	100

3.4.3. Mehrsprachigkeit inklusive Deutsch

spr. Deutsch	Anzahl	%
altersgemäß	632	61,36
wenig	283	27,48
kaum	96	9,32
nein	19	1,84
Gesamt	1030	100

3.5. Häufigkeiten von Dyslalie und Dysgrammatismus

3.5.1. alle Kinder

	Anzahl	%
keine Dyslal./Dysgram.	8773	86,90
nur Dyslalie	557	5,52
nur Dysgram.	241	2,39
Dyslalie U. Dysgram.	521	5,16

3.5.2. deutsche Kinder

	Anzahl	%
keine Dyslal./Dysgram.	6580	86,50
nur Dyslalie	468	6,15
nur Dysgram.	163	2,14
Dyslalie U. Dysgram.	394	5,18

3.6. Ärztliche Empfehlungen

3.6.1. nach Deutschkenntnissen (bei deutschen Kindern)

spr. Deutsch	Logopädische Therapie	%	Förderung zu Hause	%	Abwarten bis U8	%	keine Maßnahmen	%
altersentspr.	96	1,44	626	9,39	1109	16,63	5188	77,79
wenig	194	26,18	386	52,09	292	39,41	57	7,69
kaum	99	58,58	80	47,34	31	18,34	6	3,55
nein	21	80,77	11	42,31	4	15,38	0	0

3.6.2. bei Dyslalie / Dysgrammatismus

	Logopädische Therapie	%	Förderung zu Hause	%	Abwarten bis U8	%	keine Maßnahmen	%
keine Dyslal./gram.	181	2,06	1363	15,53	1965	22,39	5998	68,35
nur Dyslal.	81	14,54	208	37,34	333	59,78	59	10,59
nur Dysgram.	54	22,31	145	59,92	116	47,93	17	7,02
Dyslal. & Dysgram.	202	38,77	242	46,45	205	39,35	36	6,91

3.7 Relation zwischen Deutschkenntnissen und Sprachentwicklungsstörungen

	Gesamt	keine Dyslalie / Dysgrammatismus		nur Dyslalie		nur Dysgrammatismus		Dyslalie u. Dysgrammatismus	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
spr. alt.entspr. De	6669	6058	90,84	383	5,74	84	1,26	144	2,16
spr. wenig De	741	398	53,71	79	10,66	71	9,58	193	26,05
spr. kaum De	169	103	60,95	5	2,96	7	4,14	54	31,95
spr. kein De	26	21	80,77	1	3,85	1	3,85	3	11,54

3.8. Deutschkenntnisse bei einer oder mehrerer Muttersprachen

3.8.1. ohne Berücksichtigung ob in der Familie Deutsch gesprochen wurde

	alle Kinder		Deutsch als MS**		De + 1Spr.		De + 2/3 Spr.		1 Fremdspr.		2 Fremdspr.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
spr. Deutsch												
altersentspr.	7512	74,41	6669	87,67	598	62,36	33	45,83	200	14,12	4	16,67
wenig	1485	14,71	741	9,74	257	26,80	26	36,11	446	31,50	9	37,50
kaum	722	7,15	169	2,22	87	9,07	9	12,50	449	31,71	5	20,83
nein	373	3,69	26	0,34	16	1,67	3	4,17	321	22,67	6	25,00
Gesamt*	10092	100	7605	100	958	100	71	100	1416	100	24	100

	spr. Deu.	Anzahl	Anmerkungen
DE als MS:	altersgem.	7	HNO bzw. Pädaudiologische Untersuchung empfohlen
	wenig	1	Trisomie 21
		9	HNO bzw. Pädaudiologische Untersuchung empfohlen
	kaum	1	Chemotherapie bei Optikusglion
		4	HNO bzw. Pädaudiologische Untersuchung empfohlen
	nein	1	in HNO-Betreuung bei hochgrad. Schwerhörigkeit

3.8.2. bei Familien in denen Deutsch gesprochen wurde

		De + 1Spr.								
		Ja		wenig		kaum		nein		
spr. Deutsch		Gesamt	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß		598	570	74,90	26	16,46	2	6,45	0	0,00
wenig		257	148	19,45	103	65,19	5	16,13	1	12,50
kaum		87	37	4,86	29	18,35	18	58,06	3	37,50
nein		16	6	0,79	0	0,00	6	19,35	4	50,00

	De + 2/3 Spr.								
spr. Deutsch	Gesamt	Ja		wenig		kaum		nein	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
altersgemäß	34	31	67,39	2	5,88	0	0,00	1	2,94
wenig	26	11	23,91	13	50,00	1	3,85	1	3,85
kaum	9	4	8,70	2	22,22	2	22,22	1	11,11
nein	3	0	0,00	0	0,00	2	66,67	1	33,33

1 Fremdspr.									
	Gesamt	Ja		wenig		kaum		nein	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
spr. Deutsch									
altersgemäß	200	174	44,39	17	8,50	5	2,50	4	2,00
wenig	446	146	37,24	253	56,73	34	7,62	13	2,91
kaum	449	52	13,27	170	37,86	185	41,20	42	9,35
nein	321	20	5,10	74	23,05	97	30,22	130	40,50

2 Fremdspr.									
	Gesamt	Ja		wenig		kaum		nein	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
spr. Deutsch									
altersgemäß	4	3	37,50	1	25,0	0	-	0	-
wenig	9	5	62,50	2	22,22	1	11,11	1	11,11
kaum	5	0	-	2	40,0	3	60,0	0	-
nein	6	0	-	1	16,67	2	33,33	3	50,0

3.9. Dyslalie u. Dysgrammatismus bei einer oder mehrerer Muttersprachen

	Deutsch als MS		De + 1Spr.		De + 2/3 Spr.		1 Fremdspr.		2 Fremdspr.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
keine Dyslal./Dysgram.	6580	86,52	815	85,07	64	90,14	1278	90,25	20	83,33
nur Dyslalie	468	6,15	37	3,86	3	4,23	48	3,39	0	-
nur Dysgrammatismus	163	2,14	49	5,11	0	-	28	1,98	1	4,17
Dyslalie u. Dysgram.	394	5,18	57	5,95	5	7,04	79	5,58	3	12,50

3.10. Deutschkenntnisse bei Kindern mit Deutsch und einer weiteren MS, je nach Sprachfamilie

3.10.1. . ohne Berücksichtigung ob in der Familie Deutsch gesprochen wurde

spricht Deutsch	DE / EN		DE / "italisch"		DE / "slawisch"/ „iranisch"		DE / andere Spr.fam.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
altersgemäß	32	82,05	220	78,29	230	57,79	83	49,40
wenig	4	10,26	54	19,22	123	30,90	54	32,14
kaum	2	5,13	7	2,49	39	9,80	28	16,67
nein	1	2,56	0	-	5	1,26	3	1,79

3.10.2. bei Familien in denen Deutsch gesprochen wurde

spricht Deutsch	DE / EN		DE / "italisch"		DE / "slawisch"/"iranisch"		DE / andere Spr.fam.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
altersgemäß	31	86,11	213	84,86	216	71,76	79	62,20
wenig	2	5,56	33	13,15	66	21,93	32	25,20
kaum	2	5,56	5	1,99	15	4,98	15	11,81
nein	1	2,78	0	-	4	1,33	1	0,79

3.11. Dyslalie und Dysgrammatismus bei bilingualen Kindern unterschiedlicher Sprachfamilien

	DE / EN		DE / "italisch"		DE / "slawisch"/"iranisch"		DE / andere Spr.fam.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Dyslal./Dysgram.	33	84,62	244	86,83	342	85,93	132	78,57
nur Dyslal.	1	2,56	10	3,56	15	3,77	9	5,36
nur Dysgram.	2	5,13	16	5,69	19	4,77	8	4,76
Dyslal. & Dysgram.	3	7,69	11	3,91	22	5,53	19	11,31

3.12. Aufnahme in einen deutschen Kindergarten vorgesehen nach Deutschkenntnissen

3.12.1. bei Deutschen Kindern

Aufnahme in KG	gesamt	altersgemäß		wenig		kaum		nein	
		n	%	n	%	n	%	n	%
nein	68	57	83,82	8	11,76	2	2,94	1	1,47
ja	7539	6612	87,70	733	9,72	167	2,22	25	0,33

3.12.2. bei Kinder mit Migrationshintergrund und ausländischen Kindern

Aufnahme in KG	gesamt	altersgemäß		wenig		kaum		nein	
		n	%	n	%	n	%	n	%
nein	78	17	21,79	14	17,95	21	26,92	26	33,33
ja	2411	826	34,26	730	30,28	532	22,07	321	13,31

4. Signifikanzberechnungen

4.1. Geschlechter

4.1.1. Geschlechter - Deutschkenntnisse

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	49,502 ^a	3	,000	,000	
Likelihood Ratio	49,727	3	,000	,000	
Fisher's Exact Test	49,675			,000	
Linear-by-Linear Association	24,700	1	,000	. ^b	. ^b
N of Valid Cases	10085				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 182,53.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

4.1.2. Geschlechter - Dyslalie und / oder Dysgrammatismus

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	46,344 ^a	2	,000	,000		
Likelihood Ratio	46,759	2	,000	,000		
Fisher's Exact Test	46,672			,000		
Linear-by-Linear Association	45,938 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	10083					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 253,73.

b. The standardized statistic is 6,778.

4.2. Sicherheit im Auftreten

4.2.1. Sicherheit im Auftreten - Deutschkenntnissen

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2811,284 ^a	9	,000	,000		
Likelihood Ratio	2311,470	9	,000	,000		
Fisher's Exact Test	,000			,000		
Linear-by-Linear Association	2137,906 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	10096					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,86.

b. The standardized statistic is ,000.

4.2.2. Sicherheit im Auftreten - Dyslalie und / oder Dysgrammatismus

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	354,604 ^a	6	,000	. ^b	
Likelihood Ratio	325,363	6	,000	. ^b	
Fisher's Exact Test	. ^b			. ^b	
Linear-by-Linear Association	243,370	1	,000	. ^b	. ^b
N of Valid Cases	10096				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,10.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

4.3. Deutschfähigkeiten - Dyslalie und / oder Dysgrammatismus bei Deutschen Kindern

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	878,548 ^a	2	,000	,000		
Likelihood Ratio	649,758	2	,000	,000		
Fisher's Exact Test	650,867			,000		
Linear-by-Linear Association	700,985 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	7605					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,28.

b. The standardized statistic is 26,476.

4.4. Ein- / Mehrsprachigkeit

4.4.1. Ein-/Mehrsprachigkeit (inkl. Deutsch) – Deutschfähigkeiten (in Familien, in denen Deutsch gesprochen wird („ja“))

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	114,055 ^a	4	,000	. ^b		
Likelihood Ratio	95,397	4	,000	. ^b		
Fisher's Exact Test	. ^b			. ^b		
Linear-by-Linear Association	105,409 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	8385					

a. 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

c. The standardized statistic is 10,267.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	112,967 ^a	2	,000	,000		
Likelihood Ratio	94,864	2	,000	,000		
Fisher's Exact Test	95,900			,000		
Linear-by-Linear Association	111,782 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	8385					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,30.

b. The standardized statistic is 10,573.

(Deutschfähigkeiten "wenig", "kaum" und "nein" zusammengefasst)

4.4.2. Ein-/Mehrsprachigkeit - Dyslalie

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,598 ^a	1	,439	,470	,238	
Continuity Correction ^b	,515	1	,473			
Likelihood Ratio	,610	1	,435	,470	,238	
Fisher's Exact Test				,470	,238	
Linear-by-Linear Association	,598 ^c	1	,439	,470	,238	,034
N of Valid Cases	9962					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 99,96.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -,774.

4.4.3. Ein-/Mehrsprachigkeit - Dysgrammatismus

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	19,903 ^a	1	,000	,000	,000	
Continuity Correction ^b	19,328	1	,000			
Likelihood Ratio	17,762	1	,000	,000	,000	
Fisher's Exact Test				,000	,000	
Linear-by-Linear Association	19,901 ^c	1	,000	,000	,000	
N of Valid Cases	9962					
						,000

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 70,67.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 4,461.

4.4.4. Ein-/Mehrsprachigkeit - Dyslalie und Dysgrammatismus

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,893 ^a	1	,169	,186	,099	
Continuity Correction ^b	1,685	1	,194			
Likelihood Ratio	1,803	1	,179	,186	,099	
Fisher's Exact Test				,186	,099	
Linear-by-Linear Association	1,893 ^c	1	,169	,186	,099	
N of Valid Cases	9962					
						,023

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 48,15.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1,376.

4.5. Sprachfamilie4.5.1. Sprachfamilienzugehörigkeit - Deutschfähigkeiten**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	35,373 ^a	6	,000	,000		
Likelihood Ratio	36,791	6	,000	,000		
Fisher's Exact Test	35,930			,000		
Linear-by-Linear Association	27,054 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	720					

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,15.

b. The standardized statistic is 5,201.

(Deutschfähigkeiten "kaum" und "nein" zusammengefasst)

4.5.2. Sprachfamilienzugehörigkeit - Dyslalie**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,071 ^a	3	,995	,996		
Likelihood Ratio	,071	3	,995	,996		
Fisher's Exact Test	,156			,988		
Linear-by-Linear Association	,004 ^b	1	,948	1,000	,507	,066
N of Valid Cases	720					

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,05.

b. The standardized statistic is -,065.

4.5.3. Sprachfamilienzugehörigkeit - Dysgrammatismus

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,580 ^a	3	,901	,909		
Likelihood Ratio	,584	3	,900	,905		
Fisher's Exact Test	,764			,871		
Linear-by-Linear Association	,030 ^b	1	,863	,879	,462	,060
N of Valid Cases	720					

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,65.

b. The standardized statistic is -,172.

4.5.3. Sprachfamilienzugehörigkeit - Kombinierte Sprach- /Sprechstörung

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5,647 ^a	6	,464	,462		
Likelihood Ratio	5,802	6	,446	,487		
Fisher's Exact Test	5,485			,467		
Linear-by-Linear Association	,019 ^b	1	,890	,892	,463	,036
N of Valid Cases	720					

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,90.

b. The standardized statistic is -,139.

4.5.4. Deutsch / Italienisch bzw. Deutsch / Slawisch/Iranisch -
Deutschfähigkeiten

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	14,780 ^a	2	,001	,000		
Likelihood Ratio	15,407	2	,000	,001		
Fisher's Exact Test	14,939			,001		
Linear-by-Linear Association	14,684 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	552					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,91.

b. The standardized statistic is 3,832.

4.5.5. Indogermanisch / Nicht-Indogermanisch - Kombinierte Sprach-
/Sprechstörung

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	9,903 ^a	2	,007	,007		
Likelihood Ratio	8,638	2	,013	,015		
Fisher's Exact Test	9,072			,010		
Linear-by-Linear Association	9,026 ^b	1	,003	,003	,003	,001
N of Valid Cases	886					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,43.

b. The standardized statistic is 3,004.

DANK

Zuerst möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Ludwig Gortner danken, welcher mir nicht nur ermöglicht hat, diese Doktorarbeit zu schreiben, sondern auch wiederholt die überarbeiteten Vorversionen der Arbeit gelesen und mir Verbesserungsvorschläge gegeben hat sowie auch jeder Zeit bereit war, mir bei Problemen behilflich zu sein.

Weiterhin danke ich dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes für die Bereitstellung der über zwei Jahre gesammelten Daten.

Vielen Dank auch an David Butsch und Jakob Schöpe für ihre Hilfe und Geduld beim Erklären der Signifikanzberechnung mit SPSS.

Zu guter Letzt möchte ich meiner Familie danken: Meinen Eltern, dass sie mir das Studium finanziell ermöglicht und mich immer unterstützt haben. Doch allen voran gehört ein besonderer Dank meinem Ehemann Christian Hourscht, der mir nicht nur geholfen hat, diese Arbeit sprachlich zu überarbeiten, sondern auch bedingungslos während meines gesamten Studiums immer für mich da war. Ohne ihn wären weder mein Studium noch diese Arbeit möglich gewesen.

LEBENS LAUF

Jil Marie-Louise Emilie Schmit

Geboren am 29. Mai 1989 in Esch-sur-Alzette (Luxemburg)

Seit 04.03.2016 verheiratet mit Christian Hourscht

SCHULAU SBILDUNG

- | | |
|-------------|--|
| 1995 – 2001 | Grundschule, Düdelingen |
| 2001 - 2008 | Lycée de Garçons Esch-sur-Alzette |
| 2008 - 2009 | Universität Luxemburg, Medizin |
| 2009 - 2015 | Universität des Saarlandes, Homburg, Medizin |
1. Staatsexamen, September 2011
 2. Staatsexamen, Oktober 2014
 3. Staatsexamen, Dezember 2015

FAMULATUREN

- | | |
|----------------|---|
| August 2012 | Universitätsklinikum Homburg, Klinik für Innere Medizin II, Gastroenterologie |
| September 2012 | Universitätsklinikum Homburg, Kinderklinik, Allgemeinpädiatrie |
| Februar 2013 | Praxis, Allgemeinmedizin, Dr. Bernhard Leyking |
| Februar 2014 | <i>Centre hospitalier</i> Luxemburg, Poliklinik, Notaufnahme |
| August 2013 | <i>Centre de santé de Soa</i> , Kamerun |

PRAKTISCHES JAHR

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| November 2014 -
Oktober 2015 | <i>Centre Hospitalier</i> Luxemburg |
|---------------------------------|-------------------------------------|

ASSISTENZZEIT

- | | |
|------------------|---|
| Seit Januar 2016 | Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich, Wittlich, Pädiatrie |
|------------------|---|